

الدكتور حسن مصطفى عبد المعطي

علم النفس الأكلينيكي



دار الطب والعلوم

مصر



علم النفس الإكلينيكي

مُوسُوعَةُ عِلْمِ النَّفْسِ الْعِيَادِي
(١)

عِلْمُ النَّفْسِ الْإِكْلِينِي

الدكتور حَسَنُ مُصْطَفَى عَبْدِ الْمُعْطَى

أستاذ ورئيس قسم الصحة النفسية
كلية التربية - جامعة الزقازيق

الناشر

دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع (القاهرة)

عمده غريب

الكتاب : علم النفس الاكلينيكي
المؤلف : الدكتور / حسن مصطفى عبد المعطى
تاريخ النشر : ١٩٩٨ م
حقوق الطبع والترجمة والاقتباس محفوظة

الناشر : دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع

عمده شويب

شركة مساهمة مصرية

المركز الرئيسى : مدينة العاشر من رمضان

والطابع : المنطقة الصناعية (CI)

ت: ١٥/٣٦٢٢٢٧

الإدارة : ٥٨ شارع الحجاز - عمارة برج آتون

الدور الأول - شقة ٦

ت، ف: ٢٤٧٤٠٣٨

التوزيع : ١٠ شارع كامل صندقى - اللجالة - القاهرة

رقم الإيداع : ٩٨/٢١٤٢

الترقيم الدولى : ISBN

977-303-000-8

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

الَّذِينَ آمَنُوا وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ اللَّهِ،
أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ

صدق الله العظيم

سورة الرعد (الآية ٢٨)

تقديم

ظلت اضطرابات السلوك لغزاً يحير الإنسان على مر العصور، واختلفت تفسيرات أسباب هذا الاضطراب وطرق مواجهته وعلاجه من عصر الى عصر.. فلقد اعتقد القدماء وجود أرواح خبيثة تلج الجسم الإنسانى وتسيطر عليه فتسبب اضطرابه، ومن ثم كان يطلب من الآلهة صراحة التدخل لطرح هذه الأرواح.. ومرت عصور كان العقاب القاسى أمراً حتمياً لمن تحل به تلك الأرواح - إلى أن جاءت حركات الإصلاح الاجتماعية وظهرت المفاهيم النفسية والثورة السيكتيرية لفهم أسباب الأمراض والاضطرابات، وتطورت الطرق التشخيصية والعلاجية ، وحلت النظرة العلمية محل الآراء والأفكار الخرافية.. ومع ذلك فما زلنا حتى يومنا هذا نسمع فى مجتمعنا عن أفكار تسود بين عامة الناس عن مس الجن والسحر والعمل وغيرها كتفسير لأسباب الاضطرابات النفسية والسلوكية، وما زال استخدام التمايم وفك العمل والزار وبعض خرافات الطب الشعبى وسائل يلجأ إليها عامة الناس وخاصتهم لعلاج السلوك المضطرب.

وإذا كان القرن العشرين قد إنقضى وأذن بالرحيل بما حمله من خير وشر فى ميادين العلم والتكنولوجيا ، والأوبئة والأمراض ، والحروب والصراعات، والأزمات السياسية والاقتصادية، وتشوش العلاقات الاجتماعية ، واضطراب المثل العليا مما أدى الى شعور الإنسان المعاصر بالاضغاط والارهاق والتوتر الانفعالى والانهيار النفسى، والوقوع فريسة الأمراض الجسمية والنفسية - فقد حتم ذلك ضرورة مواجهة هذه الظروف الضاغطة بالتدخل المهنى المتخصص للوقاية والتشخيص والتنبؤ والعلاج - وهذا ما يضطلع به الأخصائى النفسى الاكلينيكى فى ممارسته.

والكتاب الذى بين يدينا حلقة من حلقات موسوعة نوى متابعها فى علم النفس العيادى حيث يهدف هذا الكتاب الى التعريف بتطور الممارسات الاكلينيكية والوسائل التشخيصية المعاصرة تضعها بين يدى الطالب المبتدئ فى دراسة علم النفس الاكلينيكى لتكون له نبراساً فى دراساته للتالية ، وقد حاولنا أن نرسى فى هذا الكتاب مبادئ علم النفس الإكلينيكى وأساسه النظرية والتطبيقية التى تغيد فى الممارسات الاكلينيكية مع المرضى النفسيين وحالات اضطراب السلوك ، والدراسة المتعمقة للشخصية الإنسانية.

ويقع الكتاب فى أبواب ثلاثة متضمنا أحد عشر فصلا .. ارتكز الباب الأول حول علم النفس الاكلينيكي مبتكنا بتاريخ الممارسة الاكلينيكية وتطورها من القديم الى العصر الحاضر، ثم التعريف بالأخصائى النفسى الاكلينيكي واعداده وأدواره ومجالات عمله، كما تم التركيز على عملية التشخيص الاكلينيكي ، ومنهجه مع التركيز على منهج دراسة الحالة بصفة خاصة.. أما الباب الثانى فقد ركز على فنيات التشخيص الاكلينيكي وهى المحور الأساسى فى هذا الكتاب التى برزت فى فصول هذا الباب وخاصة فنيات : تاريخ الحالة ، والمقابلة الاكلينيكية ، والاختبارات والمقاييس النفسية، والاختبارات الاسقاطية . لكى يتكامل تقرير دراسة الحالة فى صورة تجمع بين التحليل الكمى والكيفى .. وأخيرا حاول الباب الثالث تناول موجزا عن أعراض الأمراض النفسية العصابية والذهانية ، وأبرز مدارس العلاج النفسى المعاصرة، لكى يجتمع لقارئ هذا الكتاب عمليات التشخيص والعلاج النفسى، فى صورة مبادئ عامة، على أمل أن نفرد فى كتب لاحقة تفصيل الحديث فى الأمراض النفسية ، والاضطرابات السلوكية، والأمراض السيكوسوماتية ، والصحة النفسية ، والعلاج النفسى فى ضوء المدارس المعاصرة.

والله أسأل أن أكون قد وفقت بتقديم هذا الجهد المتواضع خلاصة خبرتى فى تدريس علم النفس الاكلينيكي وخلاصة خبرتى فى الممارسة الاكلينيكية والارشاد النفسى.. وأخيرا كلمة شكر أقدمها إلى والدى وأسكننى اعترافا بفضلهم .. وشكر لطلابى الذين تعلمت منهم بقدر ما علمتهم - فقد نمت فكرة هذا الكتاب على مر سنوات التدريس لهم ... وشكر لزوجتى على تشجيعها ومساعدتها القيمة، وشكر لأبنائى هبة ومحمود (وقههما الله) اللذين أخذت من وقتهما الكثير ، وأدين لهما بالفضل فى فهم كثير من مبادئ الصحة النفسية الخاصة بالنمو الإنسانى.

وأخر دعوانا أن الحمد لله رب العالمين.

المؤلف

فهرس المحتسويات

الصفحة

٧ تقديم

٩ فهرس المحتويات

الباب الأول

علم النفس الاكلينيكي

١٥ الفصل الأول : تاريخ الممارسة الإكلينيكية

١٥ - مقدمة

١٧ ١ - عصر ما قبل التاريخ

١٨ ٢ - العصور القديمة

٢١ ٣ - العصر اليوناني والروماني

٤ - الفكر الميكاتري والممارسات الاكلينيكية عند علماء

٣٠ العرب المسلمين.

٣٤ ٥ - العصور الوسطى المظلمة في أوربا

٤٧ ٦ - عصر النهضة وحركات الاصلاح الطبية الاجتماعية

٥٤ ٧ - العصر الحديث

٥٩ - الكشوف الثورية في التشخيص والعلاج النفسي

٦٦ - دروس للحاضر

٦٩ الفصل الثاني : علم النفس الاكلينيكي ومجال دراسته

٦٩ تعريف علم النفس الاكلينيكي

٧٥ الحاجة الى علم النفس الاكلينيكي

٩٠ علم النفس الاكلينيكي والعلوم المرتبطة به

٩٣ مكانة علم النفس الاكلينيكي في الوقت الحاضر

٩٩ الفصل الثالث : الأخصائي النفسي الاكلينيكي

٩٩ من الأخصائي النفسي الاكلينيكي

١٠١	- اعداد الأخصائي النفسي الاكلينيكي
١٠٣	- دور الأخصائي النفسي الاكلينيكي
١٠٨	- مجالات عمل الأخصائي النفسي الاكلينيكي
١١٠	- أخلاقيات العمل الاكلينيكي
١١٨	✓ الفصل الرابع : التشخيص الاكلينيكي
١١٨	- مفهوم التشخيص
١١٩	- أهداف التشخيص
١٢٠	- أهمية التشخيص الاكلينيكي
١٢١	- أشكال التشخيص:
١٢١	أولا : الشكل التصنيفي
١٣١	ثانيا : الشكل الديناميكي
١٣٣	✓ - معايير التشخيص
١٣٥	✓ - خطوات ومراحل التشخيص
١٤١	✓ الفصل الخامس : منهج التشخيص الاكلينيكي
١٤١	- تعريف المنهج الاكلينيكي وخصائصه
١٤٤	- مسلمات المنهج الاكلينيكي
١٥٢	- التعارض بين المنهج القياسي والاكلينيكي
١٥٥	- المنهج الاكلينيكي ودراسة الحالة

الباب الثاني

فنيات التشخيص الاكلينيكي

١٦٥	✓ الفصل السادس : تاريخ الحالة
١٦٥	- تعريف تاريخ الحالة
١٦٦	- أهمية تاريخ الحالة
١٦٧	- صعوبات تاريخ الحالة وحدوده
١٦٨	- بيانات تاريخ الحالة

١٨٠	.. بطاقة استقبال
١٩٩	.. مثال لدراسة تاريخ الحالة
٢٠٧	الفصل السابع : المقابلة الاكلينيكية
٢٠٧	.. تعريف المقابلة
٢٠٨	.. أهداف المقابلة الاكلينيكية
٢٠٨	.. أهمية المقابلة في الميدان الاكلينيكي
٢١٠	.. أنواع المقابلات
٢١٤	.. اشكال المقابلة وأساليب اجرائها
٢١٨	.. العوامل المؤثرة في اجراء المقابلة
٢٢٧	.. مضمون ومحتوى المقابلة
٢٣٩	الفصل الثامن : الإختبارات والمقاييس النفسية
٢٣٩	.. تعريف القياس
٢٤١	.. مستويات المقاييس
٢٤٢	.. مبادئ منهجية القياس
٢٤٣	.. المبادئ الواجب مراعاتها عند تطبيق المقاييس
٢٤٤	.. أهمية الاختبارات والمقاييس النفسية في علم النفس الاكلينيكي
٢٤٥	.. استخدام الاختبارات النفسية في العمل الاكلينيكي
٢٤٨	.. التفسير الاكلينيكي للاختبارات والمقاييس النفسية
٢٥٠	.. أنواع المقاييس
٢٥٢	.. مزايا المقاييس ومساوئها
٢٥٣	.. أهم الاختبارات والمقاييس النفسية
٢٧١	الفصل التاسع : الاختبارات الاسقاطية
٢٧١	.. تعريف الاختبارات الاسقاطية
٢٧٣	.. خصائص الاختبارات الاسقاطية
٢٧٤	.. أنواع الطرق الاسقاطية
٢٧٥	١ - اختبار تداعي الكلمات

- ٢٨٠ ٢ - اختبار تكلمة الجمل الناقصة
- ٢٨٩ ٣ - اختبار تفهم الموضوع
- ٣١٣ ٤ - اختبار الرورشاخ

الباب الثالث

الأمراض النفسية والعلاج النفسي

- ٣٣٧ الفصل العاشر : الأمراض النفسية
- ٣٣٧ - تعريف الأمراض النفسية
- ٣٤٠ - الأمراض الذهانية
- ٣٤١ ١ - الفصام
- ٣٤٥ ٢ - الاضطرابات الوجدانية
- ٣٥٠ - الأمراض العصبية
- ٣٥١ ١ - الاكتئاب العصابي
- ٣٥٢ ٢ - القلق
- ٣٥٤ ٣ - المخاوف المرضية
- ٣٥٧ - المشكلات المتسلطة والوساوس القهرية
- ٣٥٨ ٥ - الهستيريا
- ٣٦٣ الفصل الحادي عشر : العلاج النفسي
- ٣٦٣ - تعريفه
- ٣٦٣ - أهداف العلاج النفسي
- ٣٦٣ - فريق العلاج النفسي
- ٣٦٤ - طرق العلاج النفسي
- ٣٦٥ أولا : العلاج بالتحليل النفسي
- ٣٧١ ثانيا : العلاج السلوكي
- ٣٧٩ ثالثا : العلاج المعرفي
- ٣٨٥ المراجع

الباب الأول

علم النفس الإكلينيكي

الفصل الأول : تاريخ الممارسة الإكلينيكية.

الفصل الثاني : علم النفس الإكلينيكي ومجال دراسته.

الفصل الثالث : الخصائص النفسية الإكلينيكية.

الفصل الرابع : التشخيص الإكلينيكي.

الفصل الخامس : منهج التشخيص الإكلينيكي.

الفصل الأول

تاريخ الممارسة الاكلينيكية

مقدمة:

الغريب أن المشتغلين بعلم النفس الاكلينيكي كانوا ولازالوا أقل الناس اهتماما بدراسة تاريخه وتطوره.. وأن الباحثين القلائل الذين تطرقوا لهذا التاريخ قد قصروا دراساتهم على البدايات الحديثة نسبيا دون أن يضربوا في أعماق التاريخ البعيد مع أن مشكلة الاضطراب العقلي والممارسات الاكلينيكية لمواجهتها قديمة قدم الانسان وتعرض لنا الوثائق التاريخية تفسيرات كثيرة للسلوك الشاذ وطرق التخفيف منه أو استتصاله، وتعكس لنا هذه الوثائق بصفة عامة درجة الثقافة؛ وكذلك المعتقدات الاجتماعية والفلسفية والدينية على مر العصور (كوفيل وآخرون: د. ت، ١٧) .. اتنا نجد عند كل نقطة من نقاط التاريخ الأخصائيين الفنيين والعامة الذين حاولوا فهم السلوك الشاذ الغريب المحير ، وكان من شأن هذا أن يؤدي بالضرورة الى محاولات لتسمية مثل هذا السلوك وللكشف عن أسبابه ولعلاجه .. ونحن اذا نظرنا الى هذه الأفكار عن تحديد المرض العقلي وأسبابه وعلاجه لوجدناها تكون نمونجا خاصا عن السلوك الشاذ. لهذا فان رحلتنا الى العصور الماضية سوف تركز على هذه النماذج من الأفكار، مع الالتفاف الى التفسيرات التي طرأت عليها خلال السنين، كذلك سوف نبين ونحن نقوم بهذا كيف تنشأ النماذج المختلفة ، وكيف أن كل واحد من هذه النماذج يولد منحنى فريدا خاصا من مناحي العلاج النفسي (كاشدان ١٩٨٠: ٢٦).

وليس من الغريب أن نجد الجهود المبكرة لمعالجة هذه المشكلة ملئنة بالمصاعب، كما أن التطور التاريخي للممارسة الاكلينيكية في مجال الاضطرابات السلوكية كان غاية في البطء ويرجع ذلك لسببين :

أولاً : أن طبيعة المشكلات الناجمة عن السلوك الشاذ جعلته شيئاً فريداً يبعث الخوف والخل والذنب فى عائلات هؤلاء المرضى ومجتمعاتهم.

ثانياً : أن تطور العلوم جميعاً كان بطيئاً ومبعثراً ، وقد حدثت أهم التطورات الأساسية فى العلم بعد مقاومة عنيفة.

وفى استعراضنا للخطوات التاريخية فى تطور الممارسة الاكلينيكية عبر العصور فسوف نحجم عن النقد الشديد، لأن الشخص الشاذ فى العصور القديمة قد أسئ فهمه، كما أسئت معاملته (كوفيل وآخرون، د. ت ، ١٧).

ويلاحظ أنه على مر التاريخ قد ساد نموذجان فى النظر الى السلوك الشاذ هما النموذج الشيطاني، والنموذج الطبيعى الى أن ظهر النموذج السيكولوجى بظهور علم النفس الحديث:

ويركز النموذج الشيطاني Demonological للسلوك المنحرف على الاعتقاد بأن هناك عوامل غامضة قادرة على أن تؤثر فى سلوك الانسان تأثيراً ملحوظاً، أما الأرواح الخيرة فيظن أنها تكمن وراء التصرفات الايجابية، على حين أن الأرواح الشريرة مسئولة عن الأحداث السلبية .. ولعل الاعتقاد بأن السلوك الغريب لابد أن ينتج عن عوامل شديدة القوة غير معروفة انما يمثل المحاولة الأولى التى قامت بها الانسانية لتفسير المرض الجسمى والعقلى.

أما النموذج الطبيعى Naturalistic فإنه على العكس من ذلك يرد مصدر السلوك المنحرف الى داخل الجسم ، وإلى عمليات جسمية تحدث بطريقة طبيعية.. فالسلوك الشاذ بحسب هذا النموذج يرتبط بنوع شاذ من وظائف الجسم (كاشدان: ١٩٨٤، ٢٦)

وسوف نصور فيما يلى كيف أن المحاولات البدائية التى قامت بها الانسانية لفهم طبيعة السلوك الشاذ كانت مرتبطة جزئياً بأنواع من الصراع بين النموذجين على مر العصور.

١ - عصر ما قبل التاريخ :

ان دراسات الدلائل الأثروبولوجية والدراسات الثقافية المستعرضه للمجتمعات البدائية تشير الى أن الانسان فى الأيام الأولى للبشرية قد أخفق فى التفريق بين الاضطرابات الجسمية والعقلية ، ليس هذا فحسب ، بل ان الانسان لم يكن عنده آلا القليل من الفهم للتكوين البيولوجى للجسم ، ولأن الانسان البدائى كان يجهل تشريحه وجوانبه الفسيولوجية نراه عجز عن أن يفسر السلوك الغريب على أساس من العوامل الطبيعية، وأنه نسبها بدلا من ذلك الى عوامل أو أرواح غريبة كان لها القدرة على أن تلج الى الجسم على نحو ما.

ان لدينا من الأدلة مايشير الى أن انسان العصر الحجرى لم يكتف بالايمان بالأرواح الشريرة ، بل حاول أن يفعل شيئا من أجل استبعادها، وهذا ما يؤكد أن علم النفس المرضى ربما رجع بأبسط صورة الى العصور الحجرية التى تنفصل عنا مئات الآلاف من السنين اذ يذكر سيلينج (١٩٤٣) أن الكشف الأثرية توضح أنه كانت هناك محاولات تجرى للتخفيف من ضغط المخ بشق جزء من الجمجمة أو احداث ثقب بطريقة بدائية برأس الرجل الذى يشكو من الصداع أو من الهجمات الارتدادية كانت تعرف بالفصد trephining، وذلك باستخدام قطعة صخر مدببة (الحربة المقدسة) وكان يعيش المريض بعدها لعدة سنوات وأن كان الكثيرون منهم قد ماتوا بسببها، وعلى الرغم من أن هذا الاجراء شبيهة بالأسلوب الجراحى المعروف باسم التريئة. ألا أن هناك مشكلة خطيرة، وهى ما إذا كان هذا الاجراء مبنياً على معرفة بجراحة الدماغ أم لا، ولكن الظاهر أن التريئة كان يقصد بها السماح للأرواح الشريرة المحبوسة داخل الشخص بالهروب ، وأنها تكون واحدة من المحاولات الأولى التى قام بها الانسان لعلاج المرض العقلى .. هذه الصورة البدائية لجراحة المخ اذن هى البوادر التاريخية لتقنيات الجراحة النفسية التى استخدمت فى علاج المرض العقلى فى ق ٢٠.



عملية التزينة لأخراج الأرواح الشريرة

وعلى العموم : فإن معرفتنا بالطب النفسى البدائى ليست الا تأملات توصى بها البقايا الأثرية (كاشدان : ١٩٨٤ ، ٢٨ كوفيل وآخرون : د . ت ، ١٨ ، أسعد : ١٩٧٧ ، ٢٢) .

٢ - العصور القديمة :

على الرغم من أن الخرافات البدائية قد استمرت حتى العصر الكلاسيكى (اليونانى والرومانى) وما بعده ، الا أن التاريخ يكشف لنا عن محاولات قد أجريت قبل العصور الذهبية لليونان والرومان لإيجاد طريقة أكثر معقولة لفهم مرضى العقل وعلاجهم (كوفيل وآخرون : ١٩٦٨ ، ١٨) فقد نمسب قدماء الصينيين والمصريين واليونانيين المرضى النفسى الى عملية امتلاك الشيطان أو مسه للمريض .. لقد كانوا يعتقدون بانتشار الأرواح الخيرة والشريرة وبمسئوليتها عن الحوادث الطبيعية والاجتماعية والفردية .. وتتوقف طبيعة الروح الماسة على الأعراض، وقد كان الممسوس يعامل بوجل ويحترم ان كانت لأعراض مرضه دلالات دينية غامضة ، واعتبر امساك الروح الشريرة للفرد عقبا من الله للفرد بسبب معصيته .. وقد عولج المرض بالرقية أو بالتعوذة التى تهدف فى جوهرها الى جعل الممسوس مكانا منفصلا للروح الشريرة فتجهره . (كوفيل وآخرون : د .

ت، ١٨، أسعد : ١٩٧٧، ٢٢) .. وفيما يلي عرضا لطبيعة فهم السلوك الشاذ في هذا العصر.

ففى الشرق : ظهرت فى الصين حوالى سنة ٢٦٠٠ ق.م بعض أشكال العلاج بالإيمان وتحويل الاهتمامات وتغيير البيئة كطرق أساسية لعلاج الاضطراب العقلى... وفى عام ١١٤٠ ق.م أنشئت مؤسسات "الجنون" هناك يعالج فيها المرضى حتى الشفاء.. كما وجدت مؤلفات لأطباء الهند حوالى عام ٦٠٠ ق.م تحوى أوصافا تفصيلية لبعض أشكال المرض العقلى والصرع مع توصيات باتباع الشفقة فى العلاج.

وفى الشرق الأوسط : وجد فى مخطوطات المصريين التى يرجع تاريخها الى عام ٥٠٠٠ ق.م وصفا لسلوك المضطربين عقليا على اعتبار أن هذا السلوك راجعا الى تأثير أرواح شريرة (كوفيل وآخرون د . ت، ١٩).

اذ كانت الفكرة السائدة عند المصريين القدماء أن الأمراض تنشأ من غضب الآلهة أو من تأثير أرواح الموتى وتقمصها لجسد المريض وامتلاكه ، وأن هذه الأرواح بعد دخولها للجسم منها ما يصيب العظام ومنها ما يفتك بالأعضاء، ومنها ما يشرب دم المريض أو يعيش فى لحمه أو عقله ومن ثم فلأجل طردها كان السحرة والكهنة يصنعون الطلسم والتعاويذ والرقى الى جانب الدواء والغذاء ويلقون قطعا من الحجارة أو الخرز أو الخشب فى رقابهم انقاء لشر هذه الأرواح الشريرة.

- وكان العرب فى جاهليتهم يعتقدون فى الجن ويخافونها، بل كانوا أحيانا يعبدونها ويستجيبون بها لحمايتهم ، وكان المجنون عندهم رجل صرخته جنية، والمجنونة امرأة صرعاها جنى وذلك عن طريق العشق والهوى وشهوة النكاح.. وكانوا يعتقدون بأن الصرع هو نتيجة لمخالطة الجن للانس وامتلاكهم مدة عنيقة .. ومن لفظتى " الجنون" و " الخيل" ما يؤكد ما كان شائعا من صلة بين المرض العقلى والجن والشياطين الا أن التاريخ بالرغم من ذلك لم يسجل للعرب حتى فى جاهليتهم ما يشير الى معاملتهم للمرضى العقلين معاملة فيها قسوة أو اذى مثلما

كان فى المجتمعات الأخرى ، وقد كان لديهم كغيرهم من الشعوب طريقتان للعلاج: طريقة الكهنة والعرافين، وطريقة العلاج بالعقاقير (سعد جلال: ١٩٧٠، ٢٢-٢٣)

وكان البابليون يعتقدون أن الشيطان إيتا IDTA كان بسبب اضطراباً عاطفياً.

أما فى المندنية العبرية : فتشير الأنجيل الى أن العبرانيين كانوا يعتبرون المرض العقلى عقوبة من الرب، وأن العلاج أساساً هو أن يكفر الانسان عما فعل (كوفيل : د. ت) اذ يتضمن عدة اشارات الى أنواع السلوك التى نرى فيها أمارات عن اختلال الشخصية، والتى كان ينظر اليها عندئذ على أنها تأثير صوفى غامض من ذلك مثلاً : أن صول (ساعول Saul) كان يعانى من الاكتئاب والاندفاعات الانتحارية، وهى اضطرابات كان يظن أنها تتسبب عن أرواح شريرة يرسلها الله ويصف المهذ القديم موت ساعول أنه عندما كان مكتباً طلب من خادمه أن يقتله، وبعد أن رفض خادمه قتله أقدم ساعول على الانتحار. كذلك يتضمن ليفينيكوس Leviticus تلك العبارة المفزعة : " والشخص رجلاً كان أو امرأة الذى تحل به روح غير مألوفة، أو الذى يكون ساحراً ، انما جزاؤه الموت " (ليفينيكوس، ٢٧: ٢٠). والعبارة الأخيرة هذه تعكس بداية التطير والخوف الذى كان يحيط بالمرضى العقلى فى أيام الاتجيل، كما انها تزودنا بالسبب الذى من أجله كانت تحرق الساحرات فى العصور الوسطى .

ولهذا : فلا عجب أن علمنا أن أصحاب الملوك الشاذ كانوا يتركون ليهيموا فى البرية أو يودعون فى غيابة السجون، فإن ما يكون لدى الحضارة من تطير ومخاوف ينعكس دائماً فيما نجده لديها من نبذ صريح واضطهاد نشط للأفراد الذين لا يستطيع لهم فهم ، مع ذلك : فقد كانت هناك بعض المحاولات على الأكل لفهم المرضى العقلى وعلاجه.

أما عند الاغريق : فتمننا الميثولوجيا اليونانية بصورة واضحة عن مفهوم الناس عن المرض العقلى، ويتضح ذلك جلياً من قصة بنات بروتس Proetus ملك

مملكة أرجوس Argos حيث سرقت بناته ذهباً من تمثال الالهة هيرا Hera فنزلت عليهن لعنتها وأصبن بالجنون ، كما أنهن نتيجة هذه الغضبنة أخذن يهمن على وجوههن كالأبقار فى الحقول. ولقد استدعى الملك كاهنا مشهورا يدعى ميلامبوس (Melampus عاش قبل هوميروس بحوالى ٣٠٠ سنة)، وكان لهذا الكاهن شهرة كبيرة فى العلاج ، حيث طارد بنات الملك (المتحولات الى أبقار) فى الحقول والمراعى، الى أن بلغت درجة من الاعياء لم تمكنهن من الجرى، وبعد ذلك أعطاهن حماما باردا فى عيون أركاديا Arcadia كان نتيجته الشفاء التام (فهمى: ١٩٦٧، ٤).

ونتيجة لذلك فقد أنشئت عند الاغريق القديماء المعابد الاسكولابية Aesculapian temples التى اتخذت اسمها من اسم اله الشفاء، وأصبحت مراكز طبية وملجأ للأشخاص المضطربين.. وفى هذه المعابد كان الأطباء الذين هم أشبه برجال الكهوف يصفون للمرضى الراحة وتناول أدوية الشرب، ويقومون بتفسير الأحلام ، لكن الخدمات من هذا النوع كانت مع ذلك مقصورة على الخاصة من الناس، على حين أن من لم يكن يملك للعلاج ظل يعالج بالطرق الرهيبة القديمة (كشدان: ١٩٨٤، ٢٨)

٣ - العصر اليونانى والرومانى :

فى العصر الكلاسيكى للحضارة اليونانية والرومانية اتخذت خطوات هامة نحو العلاج الانسانى المعقول للمضطربين عقليا ، كما ظهرت بوادر المنهج الطبى فى تناول المشكلة كما هو الشأن فى كل مجالات الفكر العلمى والاجتماعى (كوفيل وآخرون : د. ت، ١٨) وبدأ النموذج الشيطانى يتعرض لقدر متزايد من التهذيب والتفصيل بعد أن طلب الى أعداد لاحصر لها من الأطباء والرسل ورجال الدين القيام بتفسير السلوك الشاذ - من ذلك : أن بعض مرضى العقول روى أن لهم قدرات على الشفاء خاصة بهم . ولذلك عهد اليهم بعلاج الآخرين.. كما بدأ أصحاب النظرية الشيطانية يفرقون تفرقة دقيقة بين أنواع حميدة وأخرى خبيثة من

الاضطرابات : فالصرع مثلا كان يظن أن له معانى صوفية طبية، كما كان يشار اليه " بالمرض المقدس"، بل انه ظل عدة مئات من السنين يعد أمانة على أن الله قد اختص الفرد برحمة لم يجعلها لغيره (كشدان : ١٩٨٤، ٢٩).

ففى اليونان :

نجد أن كثيرا من مفاهيم ومصطلحات الطب النفسى الحديث (كما هو الحال فى الطب والعلوم جميعا) ليست الا ميراثا من هذا العصر اذ أخذت البحوث تؤيد بعض الافتراضات التى صاغها الفكر اليونانى، حيث يرجع المنهج الانسانى المنطقى فى المرض العقلى الذى ظهر فى هذه الحقبة الى أبحاث عدة رجال منهم:

- فيثاغورس (٥٠٠ ق.م) كان الأطباء الكهنة قبل عام ٥٠٠ ق.م يستخدمون الالهام ووضع نظم التغذية والتكليك والترويح، ويصفون دائما التعاويذ ويطلبون تقديم القرابين ، ولكن كان الهدف الأساسى من العلاج هو تهدئة الأرواح الخيرة أو الشريرة ثم جاء فيثاغورس فكان أول من وضع التفسير الطبيعى للمرض العقلى، فحدد المخ باعتباره مركزا للذكاء، واعتبر أن المرض العقلى راجع الى اضطراب فى المخ (كوفيل : د. ت، ١٩-٢٠) وبذلك : فإنه قد اعتبر الدماغ عضوا مركزيا للفعالية الذهنية وأرجع المرض النفسى الى مرض الدماغ (أسعد ١٩٧٧، ٢٢)، وبذلك يكون قد نسب مصدر السلوك الشاذ الى العمليات الفيزيائية فى الجسم باستبعاده من نطاق الأرواح والشياطين . وبذلك ظهرت النظرية الطبيعية كبديل قوى للنموذج الشيطانى فى المرض العقلى ، وفيها ينسب مصدر السلوك المنحرف الى عمليات الجسم الطبيعية بدلا من نسبتها الى ظواهر روحية (كشدان: ١٩٨٤، ٢٩).

ثم انبعث وميض أبقراط Hippocrates (٤٦٠-٣٧٧ ق.م تقريبا) أبو الطب المعاصر ليبدد الشعوذة والجهل والذى تحدى كذلك الخيط السابق من التطير والخلط حين كتب عن الصرع يقول:



أبقراط أبو الطب والممارسات الإكلينيكية

"وهكذا يبدو لي أنه ليس أكثر قداسة أو أكثر إلهوية من سائر الأمراض الأخرى وأن له سببا طبيعيا ينشأ عنه ، شأنه في ذلك شأن سائر العلل.. ولو أنك فتحت الدماغ لوجدت المخ رطباً مليئاً بالعرق ذا رائحة كريهة ، وبذلك نرى أنه ليس إليها ذلك الذى يؤذى الجسم وإنما هو المرض" (كشيدان: ١٩٨٤: ٢٩) وبذلك فقد كان لأبقراط الفضل فى تخليص علم النفس المرضى والممارسات الإكلينيكية لعلاجه من النظريات التأملية (الغيبية) الفلسفية من جهة، وكذلك من الاتجاه الصوفى الغامض الذى كان يسيطر على رجال الدين ، فقد كان هدفه أن يفسر موضوعات هذا العلم على أساس موضوعى بحث (فهمى: ١٩٦٧: ٥) وبذلك فإنه قد أسهم فى نشأة علم نفس الشواذ حيث ربط بين الاضطرابات الحسية والحركية وبين اصابات المخ، كما قام بأول تصنيف للنسولوجى للأمراض النفسية عندما ميز بين الصرع، وحالات الاستثارة الفلقة (الهوس)، وحالات الاكتئاب الفلقة التى سماها بالماليخوليا، وبذلك فإنه يكون قد تعرف على الهوس ، والسوداء أو الاكتئاب ، والذهيان، ورسم الصورة الإكلينيكية لكل مرض من أمراض التصنيف معتمداً

على الملاحظة السريرية اليومية.. وفى صدد العلاج أوصى أبقراط بالحياة الهادئة والحمية والتمارين الرياضية الخفيفة، واستعمال الحمامات والنظم الخاصة فى التغذية.. كما كان يعتقد فى أهمية الوراثة والتكوين الأولى فى المرض العقلى. بالإضافة لذلك فإنه كان يعتقد كما هو الحال فى التحليل النفسى أن تفسير الأحلام من الممكن أن يفيدنا فى فهم شخصية المريض.. غير أنه ينبغى أن ندرك مع ذلك أن أفكاره المتعلقة بأسباب المرض لم تكن على نفس الدرجة من التقدم التى كانت عليه تصنيفاته وإسهاماته فى علم النفس المرضى ، فقد رأى أبقراط أن كل الأمراض ترجع الى زيادة فى الأخلاط وهى سوائل مزعومة كان يظن أنها تدور فى داخل الجسم. ومع ذلك : فقد كانت أفكاره ثورية حقاً إذا ما قورنت بقبب الجمجمة أو العلاج بالرقية. (كشدان : د . ت ، ٢٩ ، كوفيل وآخرون : د . ت ، ٢٠ ، أسعد : ١٩٧٧ ، ٢٣ ، فهمى : ١٩٦٧ ، ٥)

- أما أفلاطون (٤٢٩-٣٤٧ ق.م) : فقد أكد نظرية أبقراط فى أن المخ يلعب دوراً هاماً فى الحياة العقلية للإنسان ، كما أظهر استبصاراً عميقاً بالشخصيات الانسانية ، ونادى بوجود فروق فردية فى الذكاء وفى السمات السيكولوجية الأخرى ، وكان يرى أن الإنسان منفع بواسطة رغبات طبيعية ، واعتقد أفلاطون أن الروح تتكون من جرائن : الروح المهيبة : وهى أبدية خالدة مقدسة ومركزها المخ ، والروح غير المهيبة وهى مصدر الشعور والنزعات ومركزها الصدر.. كما أنه أشار الى أن الاضطراب العقلى يرجع فى منشأه الى عامل نفسى وعامل فيزيكى وعامل إلهى .. وقد وصف علاقة المريض بالمعالج فى الموقف العلاجى ، وكان يعتقد أن التخيلات والأحلام ليست الا اشباكات بديله للعواطف المكبوتة ، وقد أدخل مفهوم المجرم بوصفه شخصاً مضطرباً عقلياً .. كذلك أوضح أفلاطون أهمية المؤثرات الثقافية كعامل فى التفكير والسلوك ... وبذلك تكون آراء أفلاطون لها قيمتها فى فهم السلوك للشاذ ، مما يدل على نقاوة نظراته حول السلوك الانسانى وتخطيه حال الجهل والشعوذة فإنه اعتبر المرض النفسى عضويًا وخلقياً أو

مقدسا، ومؤكدا النموذج الطبيعى فى فهم السلوك الشاذ. (كوفيل وآخرون : دت، ٢٠، فهمى ١٩٦٧، ٥، أسعد: ١٩٧٧، ٢٣).

ثم جاء أرسطو (٣٨٤-٣٢٢ ق.م) وهو من تلاميذ أفلاطون والذى ذهب الى أن القلب هو مصدر التعلل والاحساس حيث تتبع منه أفعال الانسان وما يصدر عنه من حركات (فهمى : ١٩٦٧، ٥) .. وقد اعتقد فى الأساس الفسيولوجى للمرض العقلى حيث اتبع نظرية أبقرات فى الأخلاط ورأى بأن الصفراء الحارة مثلا تولد الرغبات الجنسية وقد تدفع الى الانتحار .. وعلى الرغم من أنه كان يرى احتمال تأثير أسباب ميكولوجية كالأحباط والصراع فى المرض النفسى غير أنه أهمل هذا العامل حيث كان تأثره بالفكر الفلسفى كبيرا حتى أن وجهة نظره هذه قد أخدمت آية محاولات لهذه التفسيرات السيكلوجية زهاء ألفى سنة .

أما فى روما:

فانه فى خلال النصف الأخير من حياة أرسطو (٣٠٠ ق.م) وذلك بعد سقوط أثينا فى عام ٤٠٤ ق.م انتقلت السلطة الحربية الى أيدى الرومان، وأصبحت روما والاسكندرية مراكز اشعاع للحركة العلمية والثقافية .. وعلى الرغم من ازدهار الحركة الفكرية فى هذه الفترة ، فلم تضادف العلوم العقلية أى تقدم حتى منتصف القرن الأول قبل الميلاد.

فقد كان الرومان أكثر انشغالا بتمية مهاراتهم الحربية المتصلة بحكم امبراطوريتهم الواسعة .. ولذلك فانهم كانوا فى مجال الطب يقتنعون باقتباس آراء غيرهم بدلا من أن يعمدوا الى التدبر والابتداع (سوين: ١٩٧٩، ٨) .. فقد استمر الرومان فى اتباع تعاليم الأطباء والفلاسفة اليونانيين فى علاجهم للمرض العقلى . حيث استقر فى روما كبار أطباء اليونان المبرزين الذين واصلوا دراساتهم وتعليمهم ..

وفى وسعنا أن نستعرض المناخ الطبى عند الرومان من خلال رسائل سلسوس Celsus التاريخية .. De re Medica وفى أيامهم عاد التفكير الخرافى القائم

على التطير والصوفية الى درجة أن المواطنين كانوا يدعون الى اجتماع خاص اذا ما ظهرت بادرة سوء أو نذير من نذر الشر كأن يشاهد أحد المواطنين خلال نوبة صرع.. وازدادت أعداد الأشخاص الذين تم تشخيصهم بوصفهم مصابين بالمرض العقلي لأسباب منها ازدياد قدرة الأطباء على التشخيص وعلى أن يتبينوا عددا أكبر من أمارات المرض العقلي.. وترتب على ذلك أنهم وجدوا قدرا كبيرا من التفاهم الى عمليات العلاج التي كان على رأسها استخدام "إجراءات الإصلاح القاسية" من قبيل استخدام آلات التقييد . وكان على الشخص مريض العقل أن يتعلم الانثناء والالتفات ليتمكن أن يتعلم ويتذكر ما يصنع عن طريق استخدام التجويع والعقاب بل الارهاب.. أى أنهم كانوا فى الواقع يضطرونه الى أن يعود الى حظيرة التعلقل . (سوين : ١٩٧٩، ٨-٩، Carson, et al, 1988).

وعلى الرغم من ذلك : فقد وجدنا جهودا بارزة لفهم طبيعة المرض العقلي من ذلك:

- اريتاىوس Aretaeus (فى القرن الأول قبل الميلاد) الذى كان من أظهر من أسهموا فى هذا الميدان فى الامبراطورية الرومانية.. اعتقد اريتاىوس أن المرض العقلي امتدادا سيكولوجيا لسمات الشخصية السوية، وكان يعتقد أن هناك استعدادا طبيعيا لأشكال معينة من الاضطراب العقلي (كوفيل وآخرون: ت، د، ٢١).. وأمن بأن كلا من الهوس والماليخوليا مظهران لمرض واحد بعينه، وان كان قد سلم بأن الحالة الباثولوجية التي تعرف باليوفوريا Euphoria يمكن أن تظهر مستقلة منفصلة.. كذلك أيد الرأي القائل بأن الحالات العقلية العنيفة ليست الا مغالاة وتضخيما لما يكون فى شخصية الفرد أثناء السواء من استعدادات ومزاج.. كما وجه اريتاىوس عناية الى مسألة التنبؤ بسير المرض Prognosis أعنى التطور المحتمل لمرض معين والى التشخيص القارق أعنى الفروق بين الأعراض الاكلينيكية التي تميز بين مرض ومرض آخر وذلك مثل اليوفوريا المرتبطة بالهوس، واليوفوريا المرتبطة بالسكر بفعل الخمر (سوين: ١٩٧٩، ٩). وكانت

أحدى أفكاره الأساسية (اعتبار بؤرة المرض العقلى فى الدماغ وفى البطن) بداية للمنهج السيكوسوماتى فى الطب (كوفيل وآخرون : د. ت، ٢١).

الاسكندر الأكبر (٣٥٦-٣٢٢ ق.م) أسس مصحة للمرض العقلى كان يمارس فيها التدريب والترفيه والشغل تلك الوسائل التى ظلت تستخدم حتى العصور اليونانية والرومانية المتأخرة (كوفيل وآخرون : د. ت، ٢١).

أسكليپاداس Asclepades (١٢٤-٤٠ ق.م) . وهو طبيب وفيلسوف يونانى المولد تخصص فى الأمراض العضوية وكان قد بدأ دراسته كخطيب، ثم تحول بعد ذلك الى دراسة الطب ، وهو أول من فرق بين المرض العقلى الحاد والمرض العقلى المزمن ، وبينما كان الأطباء فى ذلك الوقت يضعون الهذات والأوهام والهالوس تحت اسم واحد هو الخيال Phantia فانه قد فرق بينها (كوفيل وآخرون : د. ت، ١٢) . ولقد رأى أسكليپاداس أن المرض العقلى سببه الاضطراب الانفعالى الذى يصيب بعض الأفراد، وهو لذلك كان ينصح بالرفاق المرحين والموسيقى والانسجام كوسائل علاجية.. وقد كان من أوائل الأطباء الذين لا يوافقون على حجز المرضى العقلين فى حجرات مظلمة، بل كان على العكس من ذلك ينصح بوضعهم فى حجرات مضيئة اضاءة جيدة، ذلك أن الظلام يزيد من مخاوف المرضى، كما يزيد من مشاعر البؤس التى تسيطر عليهم وبالتالي تزيد من جنونهم.. ويتضح من الأفكار التى كان ينادى بها اسكليپاداس أنها كانت مصبوغة بصبغة انسانية، وأن العامل النفسى له دور كبير فى شفاء المرضى (فهى: ١٩٦٧، ٦)

- أما كلوسوس Celsus الذى كان طبيباً وظهر فى نفس الوقت الذى ظهر فيه المسيح عليه السلام فقد كانت له بعض الآراء التى تعتبر ثورية بالنسبة لهذا العصر فيما يتعلق بمجال الطب النفسى، ذلك أنه كان يرى أن المرض العقلى لا يتم الشفاء منه عن طريق الفلسفة فالفلسفة وسيلتها الكلمة ، والكلمة قليلة الفاعلية فى الشفاء .. وقد هاجم معظم الأساليب المتبعة فى علاج المرضى العقلين ومن أهمها

أسلوب العنف والضغط والشدة ، وكان هذا الأسلوب يمثل فلسفة عصره فى علاج المرضى العقليين.. ونتيجة لذلك خرج كلوسوس بمفهوم جديد عن علاج المرضى العقليين يقوم على تخليص العقل مما يسيطر عليه من ضغوط وتوترات لاحتتملها النفس البشرية (فهمى: ١٩٦٧، ٦)

وفى نهاية القرن الأول الميلادى كتب سورانس Soranus - وهو طبيب - عن الأصول الواجب اتباعها فى علاج المرضى العقليين، فقرر أنهم يجب أن يعاملوا برفق، وألا يكون فى تلك المعاملة أية قسوة .. وكان يرى أن المرضى العقليين يجب أن يوضعوا فى حجرات معتدلة الاضاءة ودرجة الحرارة بعيدا عن الضوضاء وألا تكون هناك أية زخارف أو رسوم على جدران حجرات هؤلاء المرضى.. وكان من رأيه : أن يكون موضع هذه الحجرات فى الطابق الأرضى حتى لا يلقى أنفسهم من الأدوار العليا.. وقد استفاد سورانس كثيرا من آراء كلوسوس الا أنه شأنه فى ذلك شأن أساتذته اسكليپادس والذى تتلمذ على يديه لم يخلف لنا من كتاباته الأصلية للشئ الكثير (فهمى : ١٩٦٧، ٦-٧ Costin, 1990)

وفى حوالى تلك الفترة كان هناك اتجاه آخر فى مجال الاهتمام بالمرض العقلى يمثلته للطبيب كاليولوس أوريليانتوس Caelius Aurelianus الذى تناول المرض العقلى من زوايا الانحرافات الجنسية ، واعتبر الجنس مصدرا للأمراض العقلية يصيب النساء والرجال على حد سواء (فهمى: ١٩٦٧، ٧)

ثم جاء جالينوس (١٣٠-٢٠٠ ميلادية) : وإذا كان أبو قراط يمثل قمة الطب الاغريقى، فان جالينوس كان ذروة العالم الرومانى .. وعلى الرغم من أن الرجلين قد فصلت بينهما مبعة قرون ، الا أنهما تشابهت أمزجتهما : فقد كان كل منهما شديدا فى هجماته ، وقوى التعبير عن معتقداته (سوين : ١٩٧٩، ٩) .. ولقد قام جالينوس بترقية أفكار أبقراط ، فلقد رأى القاتل بأن الاختلالات التى تطرأ على جهاز الأخلط تؤدي الى معظم علل الامتنان وأمراضه ، كما كانت تحسيناته لنظرية الأخلط من الدقة بحيث أنها سادت وانتشرت فترة تزيد على ألف سنة..

وعلى الرغم من أن نظرية الأخلاط انتهى الأمر الى التخلي عنها، إلا أنها جنحت الى تأييد النموذج الطبيعى فى المرض العقلى حين ردت سبب كل اختلالات الجسم الى أسباب بدنية (كشدان: ١٩٨٤، ٣٠).

وعلى الرغم من أن جالينوس كان توفيقياً - أى شخصاً لا يدعو الى نظرية واحدة، ولا يرفض نظرية مفردة، فإنه كان يتخير ويجمع وينسق بين أحسن مائراكم من المعرفة - فإنه يؤثر عنه أنه رأى أن العضو أو الجزء المتأثر بالمرض قد لا يكون بالضرورة هو ذلك الجزء الذى يستقر فيه المرض.. ذلك أن المبدأ القائل بمشاركة الشعور أو العرض القائم على " المشاركة الوجدانية" كان يجيز ظهور العرض فى جزء من الجسم منفصل عن المنطقة المريضة . وجهة نظره هذه تودى مباشرة الى مبدأ العلاج فى أيامنا هذه : عليك أن تعالج المرض لا العرض.. ولعل هذا إنما يصدق بصفة خاصة على حالات الهستيريا الأمراض النفسيةوسوماتية - حيث يكون من الواضح أن العرض من قبيل العمى الهستيرى مثلا لا ينشأ فى الشبكية أو العصب البصرى، وإنما يكمن فى مناطق انفعالية أكثر عمقا (سوين: ١٩٧٩، ٩-١٠).

بالإضافة الى ما سبق فإنه قد قام بجمع مادة وفيرة فى ميدان الأمراض النفسية والعقلية وتصنيفها، واضطلع بدراسات تشريح الجهاز العصبى وعلاقته بالسلوك الانسانى . وكان يعترف بثنائية الأسباب الفيزيائية والنفسية فى المرض العقلى، وأحصى عدة عوامل مختلفة مثل : اصابات المخ، وادمان الكحول، والخوف، والمراهقة، وسن اليأس، والأزمات الاقتصادية والحالات العاطفية (كوفيل وآخرون : د. ت، ٢٢)

وعلى هذا : فإن جالينوس يكون قد فعل الكثير حين ألف بين وجهات النظر التى ترى بأن المخ هو مركز الاحساس والروح والتى تدرك دور العوامل البيئية والمادية فى التأثير فى العقل، والتى ترى العلاقة بين المرض العقلى والنفسى (سوين: ١٩٧٩، ١٠). وهذا ما يؤكد النموذج الطبيعى للمرض العقلى..

وعلى الرغم من ذلك : فان جالينوس قد غلف كثيرا من أعماله العلمية - كما فعل الكثيرون من أبناء عصره - بالغيبات فأحاط نتائجها العلمية بالغموض .. اذ كان ينسب الى كل عضو من الجسم مؤثرات دينية أو فلكية .. ولما كانت مكانته العلمية عظيمة الشأن، فقد أعيق التقدم لعدة قرون بعد موته بالجدل في الجوانب الميتافيزيقية لأعماله .. وبالتالي فقد تأخر التفكير المستقل في علوم الطب حتى جزء من ق ١٨ . (كوفيل وآخرون : د. ت، ٢٢). أضف الى ذلك : فان موت جالينوس (٢٠٠م) مع انتشار المسيحية كان بمثابة تحول درامي ، ذلك أن الكنيسة بعد ذلك صارت أداة سياسية واجتماعية أكثر قوة وبأسا حلت محل الطبيب في دور الوصاية على جسم الانسان وروحه .. ولذلك ما لبثت الانسانية أن تخلت عن النموذج الطبيعى في المرض العقلى (Costin, 1990)

٤ - الفكر السيكتارى والممارسات الاكلينيكية عند علماء العرب المسلمين :
بموت جالينوس أرخت العصور الوسطى أوزارها على البشرية ، وتوقفت مسيرة الطب، وعاد عصر الظلمة أو الجهالة الطبية في أوروبا وساد التفكير الخرافى القائم على التطير ليسود العالم المتمدن ، فقد حرمت التعاليم اليونانية الرومانية بوصفها نوعا من الوثنية ، وعاد المرض العقلى ينظر اليه على أنه نوع من المس للشيطانى للجن (سوين : ١٩٧٩ ، ١٠)...

فى هذا الوقت حمل الفلاسفة والأطباء العرب الشعلة العلمية وأججوا أوارها، ولقد كانت معاملة العرب المسلمين للمرضى العقلين تختلف فى كثير من الأوجه عن تلك التى كان يلقاها أمثالهم فى العالم الغربى.. ويرجع ذلك الى:

- أن العقيدة الإسلامية تنهى عن قتل النفس الا بالحق، وتقر المعاملة الانسانية للضعيف والمريض.

- تأثر أطباء العرب برواد الطب اليونانيين - مما جعل الحضارة الأوربية تقوم على ما كتبه رواد الطب العرب.

- إهتمام الخلفاء المسلمين بأقامة المستشفيات لعلاج هؤلاء المرضى والتي كان يطلق عليها البيمارستانات وكان أولها البيمارستان الذى أنشأه الوليد بن عبد الملك سادس خلفاء بنى أمية عام ٨٨هـ (٧٠٧م).. وقد شهدت البيمارستانات التى أنشئت فى دمشق وفى مصر صورة مشرقة للمعاملة التى كان يعامل بها المرضى فى تلك العصور ومنها بيمارستان الرشيد، وبيمارستان البرامكة ، والبيمارستان المنصورى، وبيمارستان صلاح الدين .. وعلى الرغم من أن هذه البيمارستانات قد شهدت فى بعض الفترات شيئا من الاهمال والتدهور الا أن هذا الاهتمام بعلاج المرضى النفسيين لم يكن له مثيل فى العالم الغربى..

ومن سوء الحظ أن ما قدمه العرب للطب النفسى والمعرفة الانسانية بصفة عامة من أمثال الطبرى وابن سينا، والكندى، وابن رشد ، وأبو بكر الرازى ، والفارابى، والغزالى ومئات غيرهم ممن تمتلئ المكتبات الأوربية والروسية والأمريكية بمخطوطاتهم لاتكاد نسمع عن جهودهم شيئا، فى الوقت الذى نجد روسيا تقيم لابن سينا مجمعا علميا وتمثالا ويعتبرونه مفكرا روسيا ، وتقيم أسبانيا تمثالا لابن رشد باعتباره جزءا من حضارة أسبانيا .. واليوم نكاد لاتجد فى برامج التعليم الجامعى وغير الجامعى فى الدول العربية الا القليل عن تراث علمائنا (ياسين : ١٩٨٦ ، ٢٧).

وها نحن نشير الى جهود العلماء العرب المسلمين فى مجال الطب النفسى وفى فهم طبيعة المرض العقلى والسلوك الشاذ فى الوقت الذى ساد فيه عصر الجهالة العلمية والطبية فى أوروبا.. من هؤلاء العلماء نذكر:

- ابن سينا (٣٨٠هـ، ٩٨٠-١٠٣٧م):

كان طبيبا وجراحا ونفسانيا من الطراز الفريد ، أجاد اللغات اليونانية لاتينية والعبرية والعربية، تعلم على يديه ٦٠٠ طبيب، وقام بتدريب ٣٠٠٠ لذلك سبأ أمير الأطباء، وقد ظل كتابه " القانون" هو المرجع الأول الطبى فى أوروبا

وجامعاتها لما يزيد على ٦٠٠ سنة.. وقد وضحت انجازاته فى المجال السيكاثرى فى عدة موضوعات:

فقد كان أول من اكتشف العامل النفسى فى انتاج المرض العقلى، ويعتبر المؤسس الأول للطب السيكوسوماتى فى بيان علاقة الأمراض الجسمية كاستجابات للاضطرابات النفسية.

- ولقد سبق ابن سينا (شرنجتو وهيب) فى توضيح العلاقات بين الخلل الدماغى العصبى والمرض العقلى من جهة والاضطرابات الفيزيولوجية والنفسية من جانب آخر .. وقدم لنا كشفا كاملا للعلاقة بين الجهاز العصبى والأمراض النفسية والعقلية (عطوف ياسين : ١٩٨٦، ٢٨).

وبذلك كان ابن سينا أول من بدأ التاريخ للنموذج النفسى فى نشأة الأمراض النفسية والذى ستتضح معالمه مع الثورة السيكاثرية الحديثة.

- وكان ابن سينا أول من استخدم التحليل النفسى فى علاج مرضاه.. فقد سبق فرويد فى استخدام طريقة الايحاء فى العلاج اذ يروى "براون" الواقعة التالية عن ابن سينا فيقول:

"أصيب أحد الأفراد بالكآبة متوهما أنه بقرة، فكان يخور كالبقرة ويزعج الناس ويصرخ اقتلوني وأعدوا من لحمى طعاما شهيا ، وامتنع عن تناول الطعام.. وقد طلب الى ابن سينا معالجة المريض فبعث اليه برسالة يطلب فيها منه أن يبشر بمقدم الجزار، وابتهج المريض ودخل ابن سينا على المريض فى فترة لاحقة يقول ملوحا بسكينه الحادة : أين البقرة فأتى أريد ذبحها، فخار المريض كالبقرة مشيرا الى مكان وجوده، وهنا مدد المريض على الأرض وقيدت قدماه ويدها بأمر ابن سينا الذى تمسح جسم المريض، ثم أردف : انها بقرة نحيلة جدا لم يحن ذبحها ولابد من تسمينها أولا .. ثم قدم الطعام الملائم فتناول المريض بلهفة واستعاد قوته شيئا فشيئا ، وتخلص من وهمه تماما".

وفى مجال تبصير المريض بمكونات شعوره لجأ ابن سينا الى طريقة التداوى الحر التى تشير الى تنظير الباحث لفكرة الكبت واللاشعور .. إذ يروى عن ابن سينا أنه:

"أعجز مرض ابن أحد الأمراء الأطباء فنودى على ابن سينا .. فدخل أمير الأطباء على الشاب فأمسك بنبضه وراح يردد على مسامعه أسماء الأحياء فى المدينة، فانتفض نبض المريض عند ذكر حى (الناضرة) .. وأعاد ابن سينا ترديد أسماء بيوتات الحى على المريض الى أن انتفض نبضه عند ذكر أسرة (القيسى) .. فترك ابن سينا المريض ليمتدح هدوءه وردد على مسامعه أسماء أبناء القيسى وبناتهم، فانتفض نبض المريض (فاطمة) ، عندها صاح ابن سينا زوجته من فاطمة ففعلوا وشفى ابن الأمير " (أسعد: ١٩٧٧ ، ٢٣-٢٤).

- بالاضافة الى ذلك : فقد تحدث ابن سينا عن دور الوراثة ومؤثراتها، ولكنه لم يهتم تأثير البيئة.. فعارض فكرة الحجز والعزل فى السجون لأمراض العقول.. ولذلك انتشرت المصحات العقلية فى عهده فى شتى المناطق وكان أول من طبق العمليات الجراحية Psycho - Surgery لمرضى العقول، وأحرز فيها نجاحا ملحوظا .

ولقد كان المسلمون أول من أقام المصحات للعلاج العقلى والنفسى والجسمى دون عزل بينها لارتباطها وتلاحمها.

وكان ابن سينا أول من فكر فى التحليل الجشطالتى الشمولى لأسباب العلة، وأول من طبق العديد من أساليب العلاج دون التعصب لمنهج واحد، واستخدم العقاقير والأدوية والحمامات والاسترخاء ، وطبق الجراحة، ونادى بتغيير بيئة المريض وتنظيم غذائه، وفتح الباب أمام العلاج السلوكى ومفاهيمه، كما قام بتصنيف الأمراض بأنواعها ودرجاتها مستفيدا من منهجية أرسطو، والمعرفة الفيزيولوجية عند أبقراط ومن أسلوب جالينوس.. وبذلك فإنه ترك مدرسة كاملة فى

الطب النفسي والعصبي، وتراثا خلافا يقوم العلماء الروس الآن باكتشاف كنوزه
(عطوف ياسين: ١٩٨٦، ٢٨-٢٩).

ابن رشد (١١٢٩-١١٩٨) :

كان ابن رشد عالما وطيبيا وفيلسوبا .. احتوى كتابه الخالد " الكليات'
أعظم نظرياته الطبية .. وبالنسبة للفكر الميكاترى لديه:

- قام ابن رشد بتصنيف الأمراض ، وفرق بين الأمراض العقلية الحادة
والأمراض المزمنة .. وقال : " ان بؤرة المرض هي فى الدماغ والبطن"، وبذلك
فانه قد أوضع الالتحام بين الفيزيولوجيا والأمراض العصبية والعقلية.

- ومن ناحية أخرى : فقد شدد ابن رشد على الأثر النفسى وعوامل البيئة فى
تكوين المرض، واعترف بأثر العامل الوراثى فى تكوين المرض العقلى، وان كان
عقله النقدي قد ساقه الى رفض الوراثة والتركيز على البيئة تشخيصا وعلاجاً
ونادى بتغيير سكن المريض وبيئته..

ولقد انتشرت مبادئ ابن رشد السيكوفيزيولوجية فى مئات المصحات العقلية
التي انتشرت فى الأندلس (أسبانيا)، وقام بمعالجة المرضى باستخدام وسائل متعددة
دون الاكتفاء بأسلوب واحد، واستفاد رواد النهضة منها فيما بعد.

ومهما يكن من أمر ، فما تركه أبو كبر الرازى، والطبيب الكندى، ومئات
غيرهم يجعلنا ندرك أن للعرب والمسلمين دورا حضاريا فذا لايجوز بحال اهماله
أو التكر له (عطوف ياسين: ١٩٨٦، ٢٩).

٤ - العصور الوسطى المظلمة فى أوروبا:

تعرضت كل مجالات العلم للخصوف الكلى بسقوط الحضارتين اليونانية
والرومانية، وعادت للتفسيرات السحرية والنظرية الشيطانية الى الازدهار بعد أن
تقوت تحت حماية العقائد الكنسية ، وامتدت أصابع الاتهام لتحكم على كل سلوك
مناف للعقائد المائدة بالمرض - أى بمس الشيطان وامتلاكه للثائرين على المؤلف،

وانتشرت الأوبئة ، وضرب القحط سكاكينه في المجتمعات ، ومات الملايين في أصقاع القارة الأوروبية ، ولم يقو الناس على مجابهة مواطن الشر والأشرار ، فلجأوا الى ارجاع أسباب الشر الى الشيطان وحاولوا طرد الشياطين من المجتمع بأساليب شتى اختلفت حسب مدى سيطرة الكنيسة على عقول الناس (أسعد:١٩٧٧، ٢٤). فلقد أصبحت رعاية المريض العقلي يعهد بها الى أيدي القساوسة والرهبان، كما حلت الصلوات والتوبة محل العلاج الطبي ، وأصبح السلوك الشاذ يتم تفسيره عندئذ على أنه من عمل الشيطان.. ويحول القرن الخامس صار السحر يوصم بأنه هرطقة، وأخذت مهمة الكنيسة تتحدد وتتضح : تحرير الانسان من قوى الشيطان الخفية، وظهر من داخل الكنيسة مختصون بالشياطين مهمتهم التعرف على من سكنت الأرواح أجسادهم لتخليصهم من تأثير الشيطان (كشدان:١٩٨٤، ٣٠، Mehr 1983) وفيما يلي نعرض لأشهر الأساليب المستخدمة في علاج السلوك الشاذ في هذه العصور من ذلك:

- استخدام التعاويذ والرقى:

في الجزء الأول من العصور الوسطى كانت المحاولات التي تبذل لطرد الأرواح الشريرة أو الشياطين محاولات لطيفة نسبيا اذ كانت في معظمها تقوم على اقناع الشخص الذي به مس بأن يلمس الآثار الدينية، وأن يقرأ الأدعية ويؤدي الصلوات ويتناول المشروبات السحرية (كشدان : ١٩٨٤، ٣٠)، وكانت الأحجبة أمرا ضروريا ، كما أصبحوا ينظرون الى التعاويذ باعتبارها إجراء أساسيا في الطب.. وعولجت الأمراض النفسية بطريقة تنفق والأسباب التي اعتقد أنها تولد المرض.. واستخدمت الصلوات والمياه المقدسة وبصاق الكهنة وأنفاسهم .. وتطور أسلوب العلاج في المراحل المتأخرة مستغلا الاعتقاد الشائع من أن كبرياء الشيطان هي التي أدت الى سقوطه في البدء - فاستخدمت أفذع العبارات بقصد الاساءة للشيطان الممك بالمرضى بغية دفعه الى الهرب .



علاج المرضى العقليين بالصلوات الكنسية فى العصور الوسطى

وهكذا : لم يعد لعلم النفس المرضى وجود ، واقتلعت جذور الطب العقلى فصار لاهوتا ، وحل الكاهن المبارك محل الطبيب العالم.. وحتى عند تطبيق الأساليب العلمية المعروفة فى ذلك الوقت ، كان يصحبها التلفظ بعبارات غريبة غامضة.. وكان أحسن الأطباء فى ذلك الوقت يستخدمون التماثم - فمثلاً:

- الاسكندر الترليسى (٥٢٥-٦٠٥ م) : الذى كان قد ألح على أهمية العوامل التكوينية وربط بينها وبين أنماط معينة من المرض العقلى، وعلى الرغم من أنه درس جراحات الفص الجبهى ولاحظ التغيرات السلوكية للمصاحبة لها فإنه كان يعالج المفص القولونى مستخدماً حجراً حفر عليه هرقل يقهر الأسد (كوفيل وآخرون : د٢٣) .. كما وجدت تعليمات خاصة بأعداد مشروب سحرى كان يظن أنه فعال الى درجة فائقة لإزالة الأعراض المرضية من ذلك :

"خذ خصية جدى ذبح منتصف ليلة الثلاثاء ، وخلال الأيام السبعة الأولى من الشهر القمري ، وخذ كذلك قلب كلب ، واخلطهما بفضلات طفل حديث الولادة،

ثم قم بطحن هذا كله حتى يصير مسحوقاً ، وتناول منه مقداراً مساوياً فى حجمه لنصف زيتونه مرتين كل يوم" (كشدان : ١٩٨٤ ، ٣١).

- كذلك : فانه وفى ذروة هذا العصر كان القديس جريجوريوس من تور St.Gregory of Tours (٥٩٤م) حين يقوم بعلاج الصداغ يلمس البقعة المضطربة بعضا القديس مارتن، ويلتصص المغفرة من الشهيد المقدس" اذ تم الالتجاء الى الطب القائم على الاحاد" .. وكانت الترانيم والتلاوات من الأهمية فى العلاج ، وبين أدوات الطبيب بمنزله باقى عدده وأدواته .. وكان التشخيص يتجه الى تجديد الأمارات التى تكشف عن وجود الشيطان بدلا من تحديد الأعراض التى تكشف عن حاجة الشخص الى العناية الطبية (سوين : ١٩٧٩ ، ١٠-١).

انتشار هوس الرقص :

عرف هوس الرقص فيما بين القرن العاشر والخامس عشر باسم " الجنون الجمعى" حيث كانت تشهد فى أوروبا مجموعات كبيرة من الناس ترقص بهوشية حتى يتساقطون من شدة الإعياء ، وكانت هذه الحالة تسمى " بالنعكباتية" Tarantism لأنهم كانوا يعتقدون أن الهوس mania نتيجة لدغة " أبو شنب" tavantula وهو عنكبوت أرضى سام ..

وفى مكان آخر من أوروبا الغربية كان هذا الهوس يسمى Stivitus Dance ومن الصعب أن نقول بأن هذه كانت مظاهر وباء عام، ولكن نستطيع القول بأنه كان هناك عدد كبير من الناس يعانون اشكالا مختلفة من الخوربا.. وقد يكون الخوف من هذا الاضطراب الغامض هو الذى أشاع هذه القابلية الجماعية للإعياء والهستيريا التى ظلت غير مفهومة، وبالتالي اعتبرت حالة اكلينيكية واحدة (كوفيل وآخرون : د. ت، ٢٣-٢٤).



هوس الرقص في القرن الخامس في بيزنطة

ولما تقدمت العصور الوسطى وأصبحت كتابات أصحاب النظريات الشيطانية أكثر دقة، وجدنا كتاباتهم قد أخذت تتضمن تعليمات مفصلة عن كيفية الاستدلال على وجود الشيطان، وكان حدوث الرؤى التي نسميها اليوم بالهلوس البصرية يعد دليلا على أن الشخص به مس.. كما أن علامات الشيطان عبارة عن أشياء ترسم على الجلد من قبيل الشامة والمواضع الملونة من البشرة، وكذلك المواضع المخدرة من الجلد وهي المواضع التي لا يكون بها احساس (كشدان: ١٩٨٤، ٣١)

• استخدام الوخز بالآلات الحادة :

ثم تطورت طرق العلاج حيث كان الناس يعتمدون على سجلات المناطق المخدرة أو التي لا احساس فيها لاثبات المس والتعاون فيما بين المريض والجن.. فقريبا من نهاية العصور الوسطى كان المختصون بالأرواح يسافرون من مكان الى

مكان وقد صحبهم أعوان لهم يقال لهم المختصون بالوخز Prickers الذين يحملون أدوات خاصة أشبه بالمسكاكين يتحسسون بها أجسام الأشخاص المشتبه في أمرهم بحثا عن المناطق غير الحساسة من الجلد، ولأن المختصين بالوخز كانوا يؤجرون على كل حالة يتعرفون عليها، نجد أنهم لم يكونوا فوق مستوى الخديعة، وأن النصل في بعض أدواتهم كان يمكن أن يرتد خفية الى المقيض المجوف، بحيث أن الأداة إذا دفعت في جسم المشتبه فيه لاتحدث ألما ، وعندئذ يصبح فقدان الاحساس للجلد دليلا قاطعا على أن الشخص به مس من الجن (كشدان: ١٩٨٤، ٣١). كذلك فأنه في هذه الفترة : اشتد الاهتمام بالوصف المفصل لأنواع الشياطين المسؤولة عن شفاء روح المريض حتى يتسنى التشخيص والعلاج.. ويقال في هذا الصدد أن عملا موسوعيا (دائرة معارف) صدرت عن بسيلوس Psellus (١٠٢٠-١١٠٥) وهو راهب يبدو أنه كان معدا بصفة خاصة لمثل هذا العمل. (مويون: ١٩٧٩، ١١، Kisker, 1977).

- استخدام التعذيب والقسوة :

على الرغم من سيادة الأساليب السابقة في علاج الاضطرابات العقلية والسلوك غير السوي طوال للعصور الوسطى ، إلا أنه مع تطور المعتقدات حول الشيطان فقد استخدمت أساليب أكثر قسوة وعنفا مع المجنون عقابا للشيطان المستوطن فيه، فصار المريض يضرب بالسلاسل الحديدية ويغطس في الماء المغلى الى غير ذلك من أساليب ترمى لجعل جسم المريض منزلا مزعجا للشيطان.. وتطورت معتقدات المس في نهاية ق ١٥ فصنف المرض الى نوعين:

أ - مس قسرى يمثل عقاب الله للفرد على خطيئته.

ب - مس ارادى يعاقب فيه الفرد الشيطان، واعتبر حليف الشيطان ساحرا يؤذى الناس والمجتمع، ويسبب العواصف الهمهمة والمصائب والأمراض للأبرياء.. (السعد: ١٩٧٧، ٢٤).

لذلك تشكل الفترة الواقعة بين ق ١٤-١٨ فصلا كئيبا فى تاريخ المرض العقلى وكان العلاج أساسا هو محاولة طرد الشياطين، حيث لا يختلف هذا العلاج كثيرا عن العقاب.. وقد اجتاج أوربا فى ق ١٤ " الموت الأسود " (الطاعون الدملى)، وكان الاكتئاب الناجم عن ذلك والخوف الذى عم كل الناس جعلهم متقبلين لدرجة كبيرة لأعمال الجن والشياطين (كوفيل، وآخرون : د. ت، ٢٩).



أساليب التعذيب والقسوة التى تمارسها محاكم التفتيش ولقد أدى ظهور التفتيش والتحقيقات قرب نهاية العصور الوسطى الى الاستخدام الواسع للعقاب الوحشى الذى ينصب على المخالفين والمعارضين .. وكان المختصون بالتفتيش والتحقيقات الذين تم تدريبهم على استخدام كل أنواع التعذيب يتجولون فى كل أنحاء أوربا لاضطهاد أعداد لاحصر لها من الأبرياء باسم الكنيسة وباسم الدين . لذلك : رشق المصابون بالأمراض النفسية فى فئة حلفاء الشيطان - وأشارت السلطات الدينية فى ذلك العصر الى ملامح جسمية للتعرف على حلفاء الشيطان، فكان هؤلاء يعذبون بوحشية حتى يتم الاعتراف بتحالفهم ذاك.. وما إن

يدلى البائس باعتزافاته تحت وطأة التعذيب حتى يزج به الى سياط الجلادين . وقد كان فرديريك الثاني هو أول من حكم على للهرطقة بأن يحرقوا أحياء وبأن يسجنوا وتصادر أملاكهم وبيوتهم ويحرمون من أبنائهم.. كما ابتدعت طرق علاج جديدة لمضايقة الجن أو الشياطين ومن يسكنون من البشر – من ذلك اغراق الشخص فى بركة ماء فيما بين الصلوات أو الطقوس الدينية، أو ضربه بالسياط المصنوعة من جلود الحوت الصغير أو خنقه بالخشب المشتعل. (سوين: ١٩٧٩، ١١)

وكثيراً ما كان البعض يموت أو يعترف بخطيئة لم يرتكبها، ويتقبل الموت بالحرق أو الرجم.. واعتبر تقبل الموت ذليلاً على عفو الله .. أترى كان هؤلاء المتهمين أو أحدهم مصاباً بمرض نفسى أو بآخر يزين له الانتحار والتخلص من آسار الضغوط والقلق بالموت المأسوى (أسعد : ١٩٧٧، ٢٥)

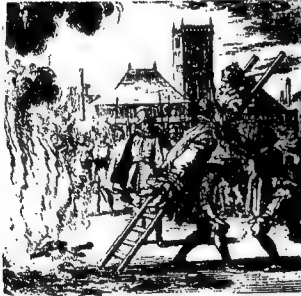
فلما كان القرن الخامس عشر الميلادى كانت ذروة اشتداد الأزمة بالشواذ والمرضى العقلين بنشر كتاب " المطرقة " مطرقة الجسن والسحرة Malleus Maleficarum الذى ألفه اثنان من الرهبان الدومنيكان سنة ١٤٨٤ يدعيان جوهان سبرنجر وهانز كرايمر . Sprenger & H. Kraemer بتخويل من البابا الذى طلب منهما اصدار دليل رسمى عن الشياطين والسحرة.. وقد أحكم سبرنجر وكرايمر توثيق موقفهما حين استصدرا الموافقة الرسمية على عملهما من كلية اللاهوت بجامعة كولونيا.. وبعد أن تسلحا بالوثائق الباهرة من الكنيسة والجامعة قلما ينشر " مطرقة السحرة " ، وأخذا ينشران ما به من تعاليم.. وقد كان هذا الكتاب يتألف من ثلاثة أجزاء :

- الجزء الأول منها : يثبت صحة وجود السحرة وينلل على الحاجة الى أفراد مدربين يقومون بالتفتيش والتحقيقات.

- ويقدم الجزء الثانى : سرداً مفصلاً عما يفعله السحرة، ويبين كيفية الكشف عنهم والتعرف على وجودهم.

- أما الجزء الثالث : فيبين الاجراءات الرسمية لتقديم الساحرة الى المحاكمة واصدار الأحكام عليها.. وفي كل مرة على الدوام كانت الادانة تنتهى بخلق المتهمة حتى الموت ، أو بشد وثاقها الى أعداد الحطب ، ثم اشعال النار فيها حية... كما قدم هذا الجزء تقنيات محددة للحصول على الاعترافات من المتهمين، وهذه الاعترافات كانت تنتهى دائما بصورة من صور التعذيب (كشدان: ١٩٨٤، ٣٢-٣٣ (Kisker, 1977، ٣٣

وهكذا : أصبح كتاب المطرقة هو الكتاب المعتمد لدى القضاة زهاء مائتى عام وقد خول للقضاء المضى طبقا لقواعد التحقيق ، فتستخرج المحاكم الكنسية الأشخاص الذين يعتقد أنهم ممسوسين بالشيطان ، ويحول سيثوا الحظ الى السلطات المدنية لقتلهم أو تعذيبهم (كوفيل وآخرون : د. ت، ٢٤).



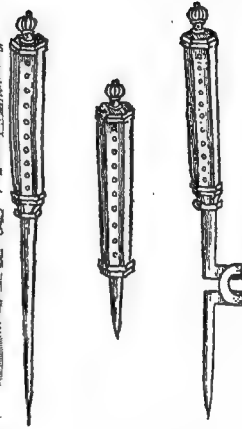
احدى طرق التعذيب



عشق الشياطين للنساء



احراق الساحرات أحياء



نماذج لآلات الوخز

وكان مما يدل على انحراف كتاب " مطرقة السحرة " أكثر هو كراهيته الصريحة والعنيفة للنساء ، وأنه ليقدر أنه مقابل كل رجل يدان لاتصاله بالأرواح الشريرة كانت هناك خمسون امرأة يتم اعدامهن حرقاً .. وكانت المحاكمة في هذا على درجة مفزعة من البساطة - حيث أن النساء مخلوقات ضعيفات فاسدات أكثر استعدادا من الرجال للخضوع لتأثير الشيطان، ثم ان هذا التأثير كان ينتقل عن طريق الاتصال الجنسي بصفة عامة، أى أن النسوة كن يتحولن الى ساحرات من خلال الاتصال الجنسي بالشيطان.. كما أن الشيطان كان يوزع شروره بطريقة غير مباشرة عن طريق اطلاق شياطين أو مرددة شبقيين مولعين بالجنس يدعون Incubi

ليسطوا على النسوة الأمات، كما كان هناك أيضا نوع من الجن الاناث يدعين: Succubi وان كن لم يحظين بنفس الكثرة من التقارير.. وهكذا وجدنا البرود الجنسي، والعجز الجنسي، والشهوانية المفرطة، وغير ذلك من صور الانحراف الجنسي تتسبب للشيطان وسفرائه.. كما أصبح المرض العقلي أمرا لا ينفصل عن الخطيئة الجنسية: أى أن المشكلات الجنسية تكون مرتبطة بالتأثم والخوف وسوء الفهم وكان ينظر إليها على أنها علامة على أن الفرد قد أصابه المس.

وبذلك: كان كتاب مطرقة السحرة فى أيدي رجال التفتيش المسيحيين بمثابة أداة فعالة ولكنها فظة خشنة فى قمع كثير من صور الانحراف فى أوروبا فى العصر الوسيط. ذلك الانحراف الذى يعد اليوم نوعا من المرض العقلي.

ولقد أشار زيلبورج وهنرى Zilboorg & Henry (١٩٤١) الى سيادة عدم الاستقرار السياسى والاجتماعى فى تلك الفترة الزمنية.. وذهبوا الى أن كتاب "المطرقة" كان رد فعل للأزمات غير المعتمنة على تزايد عدم الاستقرار فى النظام القائم.. وعلى الرغم من أن المرضى العقليين لم يكونوا بدرجة أكبر من غيرهم فى مناهضة الأنظمة القائمة، الا أنهم كانوا أوضح فئات المنحرفين - لذلك تعرض مئات منهم للإبادة المنظمة (كشدان ١٩٨٤، ٣٥-٧٤، Carson, et, 1988)

• رعاية المؤسسات لمرضى العقول :

وتعتبر هذه المرحلة من أشد العصور ظلاما وقسوة ضد مرضى العقول، فقد اتصفت تلك الفترة بسيطرة رجال الكنيسة (الاكليروس) الذين كانوا يحرقون العلماء والمصلحين.. ويشير مصطفى فهمى (١٩٦٧) الى أن الإحصاءات الواردة عن تلك الفترة المظلمة تمدنا ببيانات مروعة عن ذلك : فقد قتل ١٠٠,٠٠٠ بفرنسا أيام حكم فرانسيس الأول من هولاء التعساء من مرضى العقول، وفى جنيف تم احراق (٥٠٠) بالنار فى غضون ثلاثة أشهر عام ١٥١٥.. واستمر الحال هكذا حتى مطلع ق ١٩- فلم تكن فى أوروبا مستشفيات أو معاهد خاصة تقوم على رعايتهم أو اعتبارهم بشرا ، فالأماكن التى كانوا يوضعون فيها كانت عبارة عن

سجون حقيقية يزورها الجمهور أحيانا لكي يشاهدوا الحركات المضحكة التي تصدر من هؤلاء التمساء (فهى: ١٩٦٧، ٨) .. وعلى الرغم من أن علوم السحر واحراق السحرة كانت قد أخذت تتضاءل فى منتصف ق١٧، الا أن المرضى العقليين ظلوا يعاملون معاملة قاسية اذ كان كثير منهم يودعون فى السمجون وبيوت الصدقات، على حين كان الألو ف منهم يتجولون فى الشوارع يستجدون الطعام، أضف الى ذلك أن المستشفيات العقلية فى ذلك العصر لم تكن تزيد عن أن تكون سجونا كبيرة (كشدان: ١٩٨٤، ٣٦) .. والأمثلة على ذلك كثيرة:

فى إنجلترا : أنشئ فى لندن مستشفى فى أواخر ق١٨ وأوائل ق١٩ لهذه الفئة من الناس يعرف بمستشفى بيت لحم الملكى Royal Bethleme Hospital وهو المعروف بـ Bedlam وقد كان فى البداية دير للقديسة مارى بيت لحم، وقد بدأ فى رعاية المجانين عام ١٤٠٠، وفى عام ١٥٤٧ تحول الدير رسميا الى مستشفى للأمراض العقلية، ونظرا لعدم اتباع الطرق الانسانية فى العلاج فى هذه المستشفيات، فان اصطلاح Bedlam أصبح مرادفا لأى اجراء قاسى يتخذ مع المضطربين عقليا (كوفيل : د. ت، ٢٥) .. فى هذا المستشفى كان النزلاء يقيد أيديهم بالأغلال ويشدون بالسلاسل الى الجدران .. كذلك كان المرضى يعرضون على الناس لتسلية أهل لندن الذين لم يكونوا يمتنعون عن دفع مبلغ زهيد لقاء مشاهدة هذا العرض .. أما العلاج فلم يكن له وجود تقريباً .. وكان هؤلاء المرضى العقلين يعدون محظوظين ان هم تمكنوا من تجنب عقاب السجانين الساديين (كشدان: ١٩٨٤، ٣٦)



صورة لمرضى عقلى فى احدى المؤسسات خلال القرن الثامن عشر

كذلك فان التقارير الواردة عن هذه الفترة بصورة صادقة للمعاملة التى يلقاها المرضى العقليين نذكر على سبيل المثال ماحدث بمستشفى يورك York فى بلندن فى عام (١٨١٤) حيث اندلع حريق مروع بالمستشفى ألم على كل تقاريرها ومات عدد كبير من المرضى العقليين بها واختفى بعض منهم .. وتحت الحاح وضغط الجمهور قام صمويل تيوك Samuel Tuke - وهو أحد أفراد عائلة كويكر Quaker التى أسست ملجأ يورك الذى يعتبر أول مستشفى للأمراض العقلية بلندن) - قام بإجراء تحقيق شامل عن هذه الحادثة ضمنه التقرير التالى :

"لا توجد أية نوافذ للهواء فى الغرف فيما عدا غرف المرضى الأغنياء ، وقد حولت جميع غرف الرجال الى عتبر واحد ، كما أن هناك عتبرا آخر للنساء ، ولا توجد أية اجراءات للحماية فى أى عتبر من المطر أو الحرارة، ولم يسمح الا للقليل من المرضى بارتداء القبعات والأحذية والجوارب تلك لتجد فى هذا المكان أكثر من ١٠٠ مخلوق ضعيف وقد حشروا معا دون أية رعاية، دون أى اعتبار لما يعانونه من أمراض مختلفة .. ولسنا فى حاجة الى أن نعدد المساوئ والأخطاء الناجمة عن مثل هذا الحشر والخلط بين المرضى، فخطر ايذاء المرضى لبعضهم البعض ظاهرة شائعة الحدوث ... ولايفوتنا أن نذكر فى هذا التقرير مساوئ الخدمة فى هذا الملجأ منها : الاهمال التام للترويح، والعناية بنظافة المكان ، وللمعمل على تجديد الهواء .ومن المستحيل أن نتخيل أن هناك ثمة مكان آخر أكثر رطوبة واثارة للضيق من ذلك الجزء من المبنى الذى يشغل الحجرات بالدور الأرضى والمحاط بأسياخ من الحديد، أما الدهاليز الأخرى فى الأدوار العليا فانها أسوأ حالا".

وقد أدت مثل هذه التقارير الى اثارة احتجاج شعبى صاحب فتشكات على أثره لجنة فى عام ١٨١٥ برئاسة الطبيب جيمس بيرش شارب James Birch Sharpe تقدمت باقتراحات لتحسين الملاجئ التى ينزل فيها المرضى العقلين فى انجلترا (فهمى : ١٩٦٧، ٩-١٠).

وعلى الرغم من ذلك فلم يخل هذا العصر تماما من بعض الامثلة للسماحة والرحمة.. ففي بلجيكا وجد دير القديسة دميانا الذى تأسس فى ق ١٥ الذى كان يقدم الراحة والعزاء للمهمومين الذين يزورونه ، بل لقد تحول تدريجيا حتى أصبح مستعمرة تعمل على رعاية مرضى العقل، ولايزال عمله مستمرا حتى الآن ويعتبر نموذجا لتخطيط المستعمرات المشابهة فى أى مكان (كوفيل د. ت، ٢٥)

٦- عصر النهضة وحركات الاصلاح الطبية الاجتماعية:

على الرغم من أن المضطربين عقليا قد أغرقوا فى خضم الخرافات والتفسيرات اللاانسانية، وبينما الظلام يغلف العالم كانت هناك بذور تغرس بجهود

بنور ثورة سوف يدوى انفجارها فيما بعد.. فقد بدأت أقلام عدد من العلماء غير الأطباء تظهر أول الاهتمام بالدراسة العلمية للحقة للسلوك وقد ظهرت كلمة علم النفس Psychology للمرة الأولى في مخطوطات جوكل (Goeckel ١٥٩٠) ومخطوطات كاسمان Casmann (١٥٩٤) تدعو الى العودة الى وجهات النظر الانسانية الى البشرية (سوين : ١٩٧٩، ١٣).. كما أرتفعت أصوات بعض رجال الدين والطب والفلسفة المستنيرين في أقطار مختلفة من أوروبا تبحث عن أصل العلة (كوفيل وآخرون : د.ت ، ٢٥) .. ونستطيع أن نصف مجهوداتهم خلال هذا

العصر بأنها كانت ضوء في الظلام" .. نذكر منهم :

- باراسيلسوس Paracelsus (١٤٩٣-١٥٤١)

فلقد كان الطبيب السويسري باراسيلسوس أول طبيب ينكر علم التنجيم ويعترف بالأسباب السيكولوجية للمرض العقلي، ووضع نظرية المغناطيسية الجسمية، وهي بداية التنويم المغناطيسي وقال بالطبيعة الجنسية للهمستيريا، وهاجم محاكم التفتيش حتى قتل عام ١٥٤١.



باراسيلسوس

- أما الطبيب الألماني جوهان وبير : Weyer (١٥١٥-١٥٨٨)

فقد كان من أقوى الأصوات التي ارتفعت احتجاجا على معاملة المرضى العقليين، حيث ألف كتابا انتقد فيه "مطرفة السحرة"، وفحص فروض سبرنجر وكريمر غير المنطقية ، وعمد الى تقديم تفسيراته الخاصة عن السلوك الغريب ، وحمل على الكهنة الماديين على ما يقومون به من إجراءات لا انسانية.. وبذل جهودا مضيئة



جوهان وبير

لشرح الأوهام delusions واضطرابات السلوك التي رآها في مرضاه .. ولأول مرة منذ أبقراط يتجرأ طبيب للمناداة بأن الأمراض العقلية إنما هي تدخل في مجال الطب النفسي وليس الدين أو القانون دون أن يعاني من اضطهاد. (سعد جلال : ١٩٧٠) .. ومن ثم : فإليه ينسب الفضل في القضاء على سيطرة اللاهوت على علم النفس الطبى، ولذا : كان أول الأطباء السيكاثريين وقدم أوصافا كاملة للسيكوباتولوجيا مفيدا من خبراته الشخصية.. غير أن كتاباته لم يقدر أن تؤثر في العالم الا بعد انقضاء قرن من الزمان.

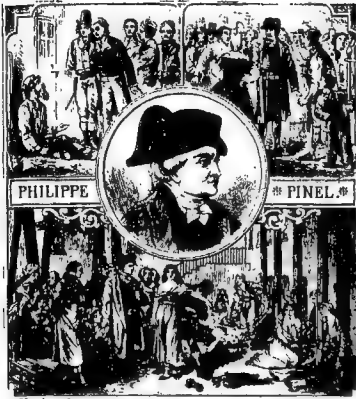
ومع ذلك : فقد بقى كثير من الأوروبيين يؤمنون بحقيقة المس من الجن وبوجود التحالف الخفى بين الأتيمان والشيطان إلى أن جاء ق ١٨ وبدأت تتزايد حركات الإصلاح وتصنيف الأمراض العقلية، وعودة الاهتمام الطبى بالملاحظة الاكلينيكية للاضطرابات العقلية ، ومن ثم : تمثل فورة الحماس هذه نشأة الطب العقلى بوصفه فرعا متخصصا من دراسة الطب .. وساعد على ذلك جهود كثير من الأطباء نذكر منهم:

بينل Pinel (١٧٤٥-١٨٢٦)

الذى قاد أكبر حركة لاصلاح المستشفيات فعندما تولى ادارة مستشفى بيستر عام ١٧٩٣ نادى بحاجة مريض العقل الى الهواء النقى والحرية، وقام بفك قيود النزلاء وهما لهم اقامة صحية ممتعة مع تنظيم نزاهات وجولات حرة .

ولكن أعمال بينل قد استقبلت بشئ من التوجس والريبة من أنصار الثورة الفرنسية خشية أن يكون أعداء الشعب مستخفين بين النزلاء، كما خشوا أن يفرج عنهم مع الآخرين من غير قصد.. ولكنه ما إن عين مديرا للمستشفى حتى باذر بحل الأغلال منهم تحت مسؤوليته ، ومالبت أن تحول المرضى الى الدعة والامتنان وغادر عشرات منهم المستشفى.

وعندما عين بينل مديرا لمستشفى سالبترير Salpêtrière أدخل طريقة دراسة تاريخ الحالة وعمل ملفات لها، كما قام بتدريب الموظفين..



فيليب بينيل

الاتجاه الانساني لبينيل في معاملة المرضى العقليين

ولقد خلف بينيل في ادارة مستشفى بيستر الطبيب العالم فيراس.. Ferrus وكان مهتما بالمجرمين المرضى بأمراض عقلية .. وقد نجح في فصل المرضى بأمراض عقلية عن المجرمين ، ونجح في بناء مزرعة لصالح المرضى والعاملين بالمستشفى . وهذا أول مثل للعلاج المهني (بالعمل) وأول عمل بناء لاستخدام طاقات المرضى وقتهم (Costin, 1990).

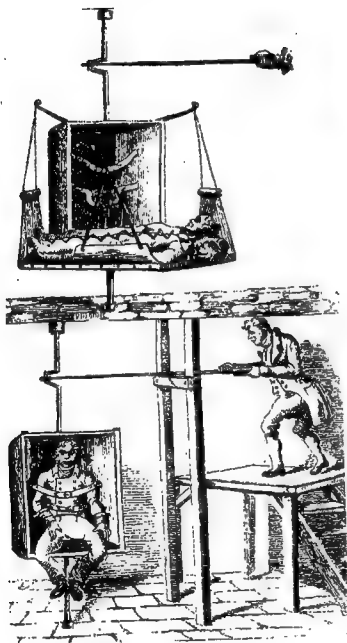


جين إسكيرول

وواصل إسكيرول Esquirol عمل بينيل وزملائه. وبفضل جهوده أنشئت في فرنسا عشرات المستشفيات الجديدة للأمراض العقلية.. وكان إسكيرول قد قام بتفتيش المستشفيات وكتابة تقارير عن حالة المرضى العقليين والمجهودات المستخدمة في علاجهم.

وفى إيطاليا نشر شياروجى Chiarugi (١٧٥٩-١٨٢١) مائة ملاحظة عن المرض العقلى وطالب بالشفقة فى علاج هؤلاء المرضى.. أما فى أمريكا اللاتينية: تعتبر جهود بنيلامين رش Rush (١٧٤٥-١٨١٣) أبرز الجهود الإصلاحية بعد الثورة الأمريكية، وهو أحد الموقعين على اعلان الاستقلال ، ويعتبر أبو الطب النفسى الأمريكى ، حيث حث على العلاج الانسانى لمرضى العقل/ وطور المصحات العقلية ، وكان له دور كبير فى تعريف السلوك اللامسوى كمشكلة طبية ، ونشر أول رسالة منظمة عن الموضوع فى الولايات المتحدة الأمريكية.

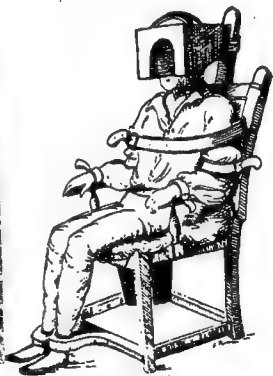
ومع ذلك فإنه عجز عن أن يتخلص من المعتقدات الخاطئة فى عصره فقد استخدم الأثرية المسهلة وفصد الدم، واخترع وسيلتين علاجيتين جهنميتين هما : الكرمسى الحلزونى gyrater الذى صمم لزيادة دوران الدم عن طريق تدوير المريض حول محوره، والأخرى : المهدئ أو المسكن الذى يحبس فيه المريض ويشد وثاقه فى وضع مريح عن طريق أحزمة جلدية وخوذة خشبية (سوين: ١٩٧٩)



الكروسي الطرزي



بنياسين دالي



كروسي التهدة

وفى النصف الأخير من ق ١٩ قادت دوروثيا ليند ديكس Dorothea Lynde Dix (١٨٠٢-١٨٥٧) حملة للإصلاح فى مجال رعاية مرضى العقل.. فبعد أحالتها الى المعاش (حيث كانت معلمة) بدأت حملة لتحسين حال المستشفيات، وتمكنت



دوروثيا ليند ديكس

بحماسها وتصميمها أن تسافر عشرات الأميال فى أمريكا وكندا وإنجلترا واسكتلندا وأن تنشر الوعي بمشكلة المرضى العقلى والبرامج المتطورة فى عشرين ولاية أمريكية، وأسفرت جهودها عن إصدار قرار ولاية نيويورك عام ١٨٨٩ بإخراج المضطربين عقليا من السجون والملاجئ ..

وفى السنوات الأخيرة من ق ١٩ تشكلت فى مستشفى ولاية كونيتيكت جمعية من المسئولين عن المراكز الأمريكية للمجانين ١٨٤٦ تغير اسمها الى الجمعية الأمريكية الطبية النفسية عام ١٨٨٠، وأخيرا أصبحت الجمعية الأمريكية للطب النفسى. بعدها انتشرت حركة الصحة النفسية فى ربوع العالم الغربى وتأسست فى النصف الأول من ق ٢٠ عدة منظمات قومية ودولية لتسهم فى تطوير البرامج العلاجية لمرضى العقول.. وقد انعكس الاتجاه السائد فى هذا القرن على نشاط المنظمات العالمية مثل منظمة الصحة العالمية واليونسكو والاتجاه العالمى للصحة العقلية..

٧. العصر الحديث

ظهرت منذ أواخر ق ١٩ وطوال ق ٢٠ تطورات هائلة ساهمت فى فهم المرض العقلى، كما طورت الممارسات السيكتيرية والكلينيكية تذكر من ذلك جهود:

١ - فرانز أنطون مسمر Franz Anton Mesmer (١٧٣٤-١٨١٥)

زعم مسمر وجود سائل خفى غامض فى الكون اسمه المغناطيسية الحيوانية.. ولو أن هذا السائل كان موزعا بالتساوى داخل الجسم ترتب على ذلك أن يودى هذا السائل الى اختلال خطير فى السلوك الشخصى .. وقام مسمر بعلاج مرضى الهستيريا باستخدام قضبان معدنية مصحوبة بنغمات ملطفة مهدئة وأظهرت تحسنا معجزا .. وقد أدى ذلك إلى انجذاب الناس نحوه والتفت حوله الدوائر الطبية.. غير أنه حكم عليه بأثله رجل مضلل أفاق.

وظلت المسمرية mesmerism تسحر أوروبا نحو أربعين سنة وأقر كثير من الأطباء العقلين قيمتها.. فقد رأى الليوتسن Elliotson (١٧٩١-١٨٦٨) قيمة المسمرية فى علاج الهستيريا، وأكد الجراح برايد (١٧٩٥-١٨٦٠) Braid فعالية المسمرية، وأحل كلمة التتويم المغناطيسى Hypnotism محل كلمة المسمرية واستخدمها فى الجراحة.

٢ - جان مارتن شاركو Jean Martin Charcot (١٨٢٥-١٨٩٣)



شاركو والتتويم المغناطيسى

وكان طبيب أعصاب بمستشفى سالبترير فى باريس.. وكانت مدرسة سالبترير مدرسة معروفة بعلاج الهستيريا باستخدام التتويم المغناطيسى وتعد أول مركز للدراسات الجامعية العليا فى مجال تعليم الطب العقلى وقد افترض شاركو أن الهستيريا مرض بيولوجى أو عصبى أسبابه فسيولوجية أو تشريحية، وأن أعراضها يمكن أن تظهر

أثناء التتويم المغناطيسى فى المرضى الذين لم يسبق أصابتهم بهذا الاضطراب .. ورأى أن الأفراد الذين يمكن تتويهم لديهم نقص عضوى دقيق خفى وأنهم معرضون للإصابة بالهستيريا..

٣- هيبوليت برنهيم Hippolyte Bernheim (١٨٤٠-١٩١٩)

وقد كان أيضا من أعضاء مدرسة سالبترير وزميلا لشاركو .. وكان إكلينيكيًا موهوبًا اتجه إلى التفسيرات السيكولوجية حيث أعلن أن كلام الهستيريين والأسوياء يمكن تنويمهم مغناطيسيا بحسب قابليتهم للإحياء وليس بسبب النقص العضوى الذى يربط التنويم بالهستيريا ، وتحدى بذلك مزاعم شاركو واستعرت الحرب بين الاثنين وانتشرت وجهة نظر برنهيم وأصبحت بمثابة علامة على طريق نمو النموذج السيكولوجى ، واجتذبت أعماله الكثيرين ومنهم فرويد (الذى سوف نتحدث عنه فيما بعد بالتفصيل).

٤- أما جوزيف بروير Joseph Breuer (١٨٤٢-١٩٢٥)



جوزيف بروير

وهو طبيب استخدم التنويم المغناطيسى لعلاج الهستيريا أيضا وتلمذ عليه فرويد وتعاونوا فى تأليف كتاب بعنوان "دراسات فى الهستيريا" وهو مجموعة من المقالات تصف دراسات حالات ، وتقنيات علاج وكان نقطة بداية على طريق التحليل النفسى.

٥ - بيير جاتيه: Pierre Janet (١٨٥٩-١٩٤٧):

وكان أكثر العلماء اقترابا من اللاشعور حين وصف الخصائص الأوتوماتيكية للسلوك الهستيرى، وأشار إلى أنه لاشعوريا وان كان لم يفصل الأمر أكثر من ذلك .. ومع ذلك كان يشارك جماعة سالبترير فى الاعتقاد أن الهستيريا تنشأ عن ضعف التكوين الجسمى ونسب إليه الفضل فى أنه أول من قدم النظرية النفسية لتفسير العصاب. وأشار إلى أن الفرد لابد أن تتوفر لديه درجة من الطاقة العقلية حتى يحتفظ بحالة التوافق ، فاذا استنفذت هذه الطاقة وقع الانهيار النفسى وظهرت الأعراض العصبائية (سوين : ١٩٧٩).

٦ - فلهم جريزنجر: Wilhelm Griesinger (١٨١٧-١٨٦٨):

طبيب اكلينيكى ألماني نشر كتابا بعنوان " باثولوجيا المرض العقلي وعلاجه" أوضح فيه أن : المرض العقلي ينشأ عن مرض يصيب المخ ولا يختلف عن الأمراض الأخرى . وهكذا أدخل المرض العقلي فى وجهة النظر السائدة عن المرض فى ق ١٩ نظرية المرض الطبى .. ومع ذلك : فإن لفظة العلاج التى ظهرت فى عنوان كتابه لم تكن أكثر من وعد أجوف ذلك أن الطب الألماني كان ينجح الى النظر الى أكثر الاضطرابات العقلية على أنها غير قابلة للعلاج.

٧ - إميل كريپلين: Kraepelin (١٨٥٦-١٩٢٦):



إميل كريپلين

يعتبر أكثر العلماء الألمان تأثيرا فى الطب النفسى فى أواخر ق ١٩ وأوائل ق ٢٠ فلقد درس آلاف من حالات المرضى بأمراض عقلية ليحدد المسار الذى تسير فيه هذه الأمراض وأهم انجازاته تصنيف الأمراض العقلية وهو تصنيف يعد أكثر التصنيفات قبولا فى تاريخ علم النفس والطب النفسى :

- الفئة الأولى : الجنون المبكر (dementia praecox الذى يسمى الفصام حاليا) .. فقد كان يظن أنه يبدأ مبكرا فى الحياة فى مدى العمر ١٨-٣٠ وينتهى بالتدهور ، واعتبره غير قابل للشفاء .. وأن الحالات التى تشفى فى المستقبل إنما حدث خطأ فى التشخيص المبندى لها .

- الفئة الثانية فئة قابلة للشفاء ، وهى أعراض ذهان الهوس والاكتئاب Manic depressive Psychosis وأعلن أن هذا المرض يتخذ دورة تتميز بتتابع حالاتي الهوس والاكتئاب.

- مجموعة أعراض كورساكوف Korsakoff's Syndrome وهي اضطراب يتمثل في السلوك الغريب والخلط في التفكير تنتج عن تلف في المخ يحدثه إدمان الخمر.

- جنون الشلل العام General paresis وهو اضطراب يتميز بطفافة من الأعراض الشبيهة بالذهان والشلل يرجع إلى انحلال في أنسجة المخ (وقد اتضح بعد ذلك أن سببه الزهري) ..

- وقد انتهى كريبلين إلى تقسيم الأمراض العقلية إلى أمراض أسبابها داخلية endogenous وتعزى إلى تأثيرات على وظيفة المخ العضوية، وأمراض أسبابها خارجية exogenous كذهان الشلل العام ، وتعزى إلى تغيرات جسمية أسبابها خارجية كالعدوى أو الإصابة... وما إلى ذلك..

ولقد ظل تصنيف كريبلين معمولاً به حتى وقتنا الحاضر في كثير من البلدان بعد إدخال بعض التعديلات عليه.



٨- إيوجين بلويلر Eugen Bleuler

وقد تحدث الطبيب السويسري بلويلر النظرية العضوية للجنون المبكر وقام بتصوير الاضطراب في إطار ميكولوجي وسماه الفصام أو الشيزوفرينيا وهي كلمة من مقطعين schizo (بمعنى يقسم) Phrenia (بمعنى العقل) - حيث أنه يؤدي إلى انهيار خطير في وظائف الشخصية يترتب على تفكك الترابطات أو التداعيات ولكن اختيار الألفاظ

إيوجين بلويلر

كان غير موفقاً لأن كلمة فصام أو شيزوفرينيا لاتعني إنقسام الشخصية، وإنما كان بلويلر يشير إلى أن اضطراب المريض ينتج عن الانفصال أو التفكك الذي يطرأ على الترابطات أو التداعيات العقلية ، وهو المسئول عن

المعتقدات المشوهة عند المريض وأنماط كلامه غير المفهومة، وانسحابه من العلاقات مع الآخرين ، واستجاباته الانفعالية الغريبة .. غير أنه انتهى الى أن مرض الفصام ينتهى الأمر بهم الى الشفاء متحديا بذلك آراء كريبلين (كشدان: ١٩٨٤).

٩ - بول ميل Paul Meehl



بول ميل

وهو من الأطباء الذين واصلوا تفسيرات الفصام حيث كتب مقالا بعنوان السكيزوتاكسيا والشيزوتيبيا والشيزوفرينيا، Schizotaxia ، Schizotypy، Schizophrenia حيث أشار الى وجود نقص عضوى فى كل الفصامين يسمى بالسكيزوتاكسيا هذا النقص وراثى تمارس تأثيره بالتدخل فى عمل الخلايا العصبية.. أما الشيزوتيبيا فيشير الى تنظيم الشخصية الذى يجعل

الفرد يعجز عن الاحساس باللذة والاستجابة الانفعالية التى تميل الى التسطح Flat وتفكك العمليات الفكرية .. ولذا : يمكن أن يتحولوا فى آخر الأمر الى فصامين وهم قد تعرضوا فى طفولتهم لصراعات والدية وللتنبذ من الآخرين، وخبرات تعلم سلبية تفاعلت عندهم مع الاستعداد الوراثى تقاعلا يودى الى الاضطراب الاكلينيكي مما يجعلهم يسلكون سلوكا يتسم بالغرابة - ومن ثم : اذا توقرت لهم البيئة الطيبة المناسبة وظروف التعلم القصوى يمكن ألا يتحولوا الى ذهانيين بالفعل.

١٠ - أوليف ماير Meyer (١٨٦٦-١٩٥٠)

سانت نظريته الفكر الأمريكى وتعرف بالنظرية النفسية البيولوجية.. وهو لايقوم بتصنيف الأمراض بل بتصنيف ردود الفعل النفسية المرضية.. وفى رأيه أن العصاب والذهان ليسا الا اضطرابات للشخصية



أونلف ماير

تبدو فى العلاقات الانسانية المتبادلة.. والفرق بين السوى والشاذ فرق فى درجة كفاية للفرد وقدرته على التكيف لظروف خاصة فى الحياة يجد فيها نفسه .. كما يرى أن اضطرابات الشخصية ليست الا أنماطا لاتجاهات واستجابات لاتكيفيه، ومن ثم لابد من دراسة تاريخ حياة الفرد لبيان أنماط الاضطرابات الجهرية وكيف بدأت.

كما يرى " ماير " أن الوقاية والعلاج عمليتان تربويتان، وتقوم الصحة العقلية على تدريب الأطفال تدريبا سليما فى الطفولة وتنمية الاتجاهات السليمة فى المدرسة والتوجيه الدينى والثقافة الجنسية السليمة.. وما العلاج الا اعادة التربية باستغلال امكانيات الشخص لتعويض ما فيها من نقص .. وهو يرى أن علاج الاضطرابات التى ترتبط بأسس عضوية بيولوجية هو من اختصاص الطبيب، أما تصحيح الاضطرابات السلوكية فمن اختصاص عالم النفس بصرف النظر عن مصدرها (جلال : ١٩٧٠، 1983، Carson، et al.، 1983، Costin،)

الكشوف الثورية فى التشخيص والعلاج النفسى :

من الصعب أن نقوم بتحديد أو تصنيف دقيق لما أسهم به ق ٢٠ فى الممارسات الاكلينيكية .. غير أننا سوف نشير الى أن الانجازات التى ظهرت فى هذا القرن تعتبر ثورية بحق لما أسهمت به من تطور فى عمليات التشخيص والعلاج النفسى وأهم هذه الكشوف:

١ - التحليل النفسى :

وهو يرتبط باسم سيجموند فرويد (١٨٥٦-١٩٣٩)

الذى يعتبر الأب الروحى لعلم نفس الأعماق والمكتشف الأول للحياة اللاشعورية للفرد، والذى أفرد للطاقة الجنسية (اللبيدو) أبوابا واسعة من كتبه ودراساته واتخذها



سيجموند فرويد

مفتاحاً يحل به مغلفات الأمراض
النفسية التي كان يعالجها.. لقد أثرى
فرويد بدراساته الوفيرة أدبيات
التحليل النفسي وأثرى ميدان
الممارسة الاكلينيكية بما قدمه من
افتراضات أهمها :

أ - نظريته في الغرائز الجنسية : غرائز الحياة وغرائز الموت أو التدمير، وما يرتبط بغرائز الحياة من طاقة نفسية هي الليبدو .. وارتباط الحياة العقلية باللاشعور ، يتكون الجهاز العقلي من ثلاث قوى الهو ، الأنا ، والأنا الأعلى ، ولذا فإن الطاقة النفسية موزعة بين هذه القوى التي قد تكون منسجمة أو متصارعة.

ب كما أظهر فرويد في نظريته مراحل النمو الجنسي : الفمية والشرجية والقضيبيية يتبعها الكمون ثم المرحلة التناسلية ... ويعتقد أن النمو السوى هو اجتياز المراحل المتتالية من النضج الجنسي من غير توقف أو تثبيت أو تكوص.

ج - اعتبر فرويد أن الحيل الدفاعية هي محور الدينامية الانسانية .. حيث تعمل على تصريف بعض طاقات الهو من غير جور خطير على وظيفة الأنا.. ومن ثم فإن الفشل في تحقيق هذا التوازن هو أساس حدوث العصاب، فكثرة الكبت تؤدي الى اضعاف الأنا فتتحول الدوافع المكبوتة إلى أعراض عصابية.. ويهدف التحليل النفسي الى تقوية الأنا عن طريق إزالة الكبت ونسيان الطفولة والسماح للأنا نتيجة لذلك بأن تنشط .. ويعتبر الداعى الحر وتحليل الأحلام والتفسير ، وظاهرة التحول هي الطرق الأساسية للتحليل النفسي (على نحو ما سوف نوضح في الفصل العاشر).

د. وقد نجح فرويد فى علاج كثير من الاضطرابات النفسية أهمها : الهستيريا خاصة هستيريا الشلل ، والصراع ، وحبس الصوت والمخاوف وما الى ذلك من مشكلات..

هذا ولقد حمل تلاميذ فرويد وأتباعه اللواء من بعده بعد خروجهم على كثير من أفكاره فغيروا فى نظرياته وعدلوا فى إجراءاته ومنهم : أدلر Adler ، يونج Jung ، رانك Rank ، فرينزى Ferenezi ، وأبراهام Abraham ، ريتش Reich ، سوليفان Sullivan ، وهورنى Horney ، فروم .. Fromm ومن المنظرين هارتمان Hartman ، واريكسون Erikson كلاين Klein ، كيرنبرج Kernberg ، فيربيرن Fairbairn وغيرهم..

٢. الميكوباثولوجيا التجريبية:

يقصد بالميكوباثولوجيا التجريبية الاتجاه السلوكى فى تفسير الاضطراب النفسى أو السلوكى، وإجراءاته فى العلاج النفسى.. وترتكز الميكوباثولوجيا التجريبية (السلوكية) على الأطار النظرى الذى وضعه إيفان بافلوف Pavlov ، جون واتسون Watson وغيرهما فى التعلم الشرطى، ونظريات ثورنديك Thorndike ، كلارك هل Hull ، سكينر Skinner ، دولارد وميلر Dollard & Miller ، ماورر Mowrer ، سيرز sears فى التعزيز وتقرير نتائج التعلم مع استخدام التعزيز الموجب أو السالب والثواب والمقاب.



بافلوف

وتذهب السلوكية الى أن الاختلال أو الاضطراب النفسى هو نتيجة حتمية لخلل ما فى عملية التعلم .. ولما كانت هذه العمليات يقوم بها فى الغالب الكبار ويوجهونها نحو الصغار، لذا : فإن الكبار يتحملون المسؤولية الأولى فى خلق الاضطرابات

النفسية فى الفرد .. وبناء عليه : فان مراجعة عملية التعلم من حيث المحتوى والأهداف والوسائل أمر لا بد منه فى التعامل مع الاضطرابات النفسية.. لذلك: توصل أصحاب نظريات التعلم من علماء النفس الى منهج جديد كل الجدة فى العلاج النفسى قائما على الاقتران الشرطى والتدعيم واستخدمت اجراءات التحصين التدريجى ، والغمر ، والاشراط التجنبى ، والتعزيز الموجب والتعزيز السالب ، والخبرة المنفردة، وتدريب الاغفال والاطفاء، والكف المتبادل، والممارسة السالبة، وضبط النفس... الخ فى علاج جملة كبيرة من الاضطرابات السلوكية ومحو السلوكيات غير المرغوبة واحلال سلوكيات جديدة محلها ومن أهمها : علاج الفوبيات ، واضطرابات الكلام، وتعاطى الخمر والمخدرات ، والتدخين، والتبول اللا ارادى، واللزمات الحركية، ونوبات الغضب عند الأطفال ، والصرع الهستيرى، وفقدان الصوت الهستيرى، وعلاج السمنة وانقاص الوزن، وقضم الأظافر ومص الأصابع، جرش الأسنان، الخجل والانطواء ، والسلوك المضاد للمجتمع ، الى جانب تطبيقات العلاج السلوكى فى المدرسة ... الخ ، (Hass, 1979).

٣ - حركة القياس النفسى:

تعد حركة القياس النفسى خطوة رائدة ودفعة قوية للممارسة الاكليينكية فى العصر الحديث .. ولقد كان جالتون Gallton (١٨٨٣) قد ذكر فى مقدمة كتابه فحوص فى القدرات الانسانية أن هدفه الأساسى هو التعرف على القدرات الوراثية المتباينة لدى الأفراد المختلفين فى عائلات مختلفة وأجناس مختلفة.. غير أنه من أبرز الانجازات المبكرة تلك التى قدمها جان اسكيرول J. Esquirol (١٨٤٠) للفرقة بين المرض العقلى والتخلف العقلى ، بل التمييز بين مستويات التخلف.. ورغم أنه لم يتمكن من تحديد هذه المستويات بدقة إلا أنه تبين أن المحك المباشر للتمييز بين مستويات التخلف يكمن فى استخدام اللغة .. بالاضافة لذلك فقد قام سجرين Seguin بمحاولة العثور على محك للتمييز بين مستويات التخلف العقلى لحسن تدريب هؤلاء المتخلفين وتنمية قدراتهم وذلك من خلال القدرة على التمييز والفرقة بين الأشياء وتحسين امكانيات التحكم الحركى والتعامل مع الأشياء .



تيرمان



ألفريد بينيه



فرنسيس جالتون

ولعل أول مقياس بمعنى الكلمة هو اختبار بينيه Binet للذكاء الذى نشره سنة ١٩٠٥ بالاشتراك مع زميله سيمون Simon ذلك الاختبار الذى قام بينيه بتعديله سنة ١٩٠٨ ، كما أنه بعد وفاته قام تيرمان Terman بنقله الى أمريكا وتعديله وتقنيته على البيئة الأمريكية ونشره تحت اسم مقياس استانفورد بينيه للذكاء.. ومازال هذا المقياس يستخدم حتى اليوم وآخر تعديل له أجرى سنة ١٩٨٩.

وقد تطورت اختبارات الذكاء تطورا كبيرا على يد العديد من العلماء والباحثين والاكاديميين ، وظهرت الاختبارات الفردية والاختبارات الجمعية .. واستخدمت فى كثير من الأغراض الاكلينيكية وأغراض الاختيار والتوجيه المهني، كما استخدمت فى الجيش الأمريكى أثناء الحرب العالمية الأولى والثانية وأشهرها اختبار ألفا وبيتا للذكاء..

كما تنوعت الاختبارات من اختبارات عملية أدائية ، الى اختبارات الورقة والقلم، ومن اختبار لفظية الى اختبارات غير لفظية .. ومن اختبارات خاصة بالذكاء الى اختبارات خاصة بقياس الاستعدادات والقدرات الخاصة : الادراكية، واللغوية ، والعندية، والمكانية والقدرات الميكانيكية، واختبارات السرعة والمهارة... الخ.

كما تطور الاختبارات والمقاييس النفسية لقياس وتقدير سلوكيات الانسان ومكونات الشخصية من ميول واتجاهات وحاجات وقيم ، الى مكونات مقاييس تكشف عن الاضطرابات الانفعالية، والقلق والاكتئاب ومفهوم الذات وانسباط وانطواء وميول عصابية ... وغيرها من خصائص شخصية الفرد .. ناهيك عن الاختبارات الإسقاطية التي تكشف عن أعماق النفس البشرية وتكشف عن الجوانب الدينامية في الشخصية (على نمو ماسنرضه في الفصلين الثامن والتاسع)

٤ - نشأة العيادات النفسية :

ومما ساعد على تطور الممارسة الاكلينيكية بصورة أكثر كفاءة نشأة العيادات النفسية .. ويتحدد تاريخ انشاء أول عيادة نفسية بعام ١٨٩٦ حينما كان ويتمر Witmer مهتما بدراسة الأطفال المتخلفين عقليا ، فتقدم باقتراح للرابطة الميكولوجية الأمريكية بانشاء عيادة نفسية لهؤلاء الاطفال بجامعة بنسلفانيا .. وكانت الاجراءات التي تتبع مع كل حالة : دراسة تاريخ الحالة، اجراء الفحوص الجسمية، تدوين الملاحظات عن سلوك الطفل بقصد تحديد العوامل المسئولة عن انحراف الطفل واضطرابه السلوكي ، وفي ضوء ذلك يتحدد برنامج التوجيه أو العلاج.

وفي عام ١٩٠٠ اهتم Wylie والذي كان يعمل بمؤسسة ضعاف العقول في مينسوتا بتجهيز عيادة نفسية شملت سبع حجرات خصصت للبحوث والأعمال الاكلينيكية، قامت بدراسة حسدة الاحساس ، ودراسة التعب ، وتصميم اختبارات الذاكرة.

وفي عام ١٩٠٥ خصصت مدرسة تدريب ضعاف العقول في فينلاندي بولاية نيوجرسي قسما للبحوث التي تهدف الى تطوير أعمال ووظائف العيادات النفسية وعينت جودارد Goddard رئيسا لهذا القسم .. وكان لجهوده خاصة تقريره عن أسرة كالكايك أكبر الأثر في شهرته في للعمل بالعيادات النفسية، واتساع آفاقها حتى أن السيكولوجيين المشاهير في العمل الاكلينيكي أمثال بورتوس Porteus ، دول Doll، ارتبطت أسماؤهم بهذه العيادة..

وقد أعقب ذلك إنشاء عديد من الجامعات عيادات نفسية تابعة لأقسام علم النفس ذاع صيت العاملين بها ومنهم : جريس فرنالد Fernald ، سميث Smith ، ميريل Merrill ، والين Wallin ، لانج Lange ، جيزل Gesell ، وقد أوصت الشعبية الاكلينيكية فى الرابطة السيكلوجية الأمريكية بالتوسع فى العيادات النفسية استجابة لزيادة الاهتمام بالأطفال المتخلفين عقليا والمضطربين انفعاليا ، حتى وصلت الى ٦٧٦ عيادة فى سنة ١٩٣٩ والآن توجد آلاف العيادات النفسية المنتشرة فى أوروبا وأمريكا .

وتتضطلع العيادات النفسية بدراسة وعلاج مشكلات الأطفال مثل : مشكلات التوافق المدرسى والمهنى ومشكلات الجانحين واليتامى ، واضطرابات الكلام، واضطرابات الشخصية ، والصراعات الأسرية واعاقات الحواس وضعاف العقول.. وعلى الرغم من أن الاهتمام الأول بالعيادات النفسية كان منصبا على تناول مشكلات الطفولة إلا أن الاهتمام الآن قد ركز على مشكلات سوء التوافق لدى الراشدين ليمثل انتقالا هائلة تتميز بها العيادات الحديثة وتتضطلع بمهام التوجيه والارشاد واجراءات الوقاية والعلاج النفسى وفقا للمدارس العلاجية (مصطفى فهمى : ١٩٦٧).

دروس للحاضر

في رحلتنا عبر الماضي ، رأينا مرارا وتكرارا كيف أن مفاهيم الناس السابقة عن الوظائف المضطربة تؤثر على تفسيرهم للمعلومات المتاحة لهم . كما أن روح العصر تؤثر على ادعاءات الناس ، وتؤثر ادعاءات الناس في روح العصر في عملية تعزيزية متبادلة تتعطل أحيانا بفضل التحول الإجتماعي الكبير .

وتؤثر اتجاهات الناس للسلوك البشري علينا بعدة طرق فهي تهئ منظورا واسعا لتقدير أي البيانات عن السلوك اللاسوي مناسب وأياها غير مناسب ، وتسمح وجهات النظر لنا بتقليص تركيزنا على القضايا التي تبدو مهمة . ولسوء الحظ ، فإن ادعاءاتنا قد تؤدي بنا إلى تجاهل البيانات الهامة . كما أن وجهات النظر توفر إطارا لتفسير البيانات كذلك . ومرة أخرى فإن مفاهيمنا السابقة قد تؤدي بنا إلى تفسيرات غير صحيحة . ومن الصعب أن نقبل المعلومات التي نفند معتقداتنا الراسخة وادعاءاتنا ، وعندما يتلق الشخص تعليمه وتدريبه بنظام معين من نظم الوظائف النفسية ، يصبح من الصعب التخلص من هذا النظام والنظر إلى السلوك من وجهة مضادة .

وسوف نتعرض في الفصل العاشر لوجهات النظر الحالية حول السلوك اللاسوي بتفصيل أكبر . وعندما نقرأ الفصل العاشر سوف تذكر ماحدث عبر التاريخ .

إن الثقافة والمجتمع يتشابكان مع الأحداث الماضية لكي يكون لهما تأثير عميق على ماتعتقد أنه صواب . هل حقاقتنا اليوم أكثر صوابا عما كانت بالأمس؟ ربما يكون بعضها كذلك ، والبعض الآخر ليس كذلك . وحيث أننا مهتمون بقالب الحقيقة الثقافية والإجتماعية والسياسية ، فإن الحقيقة يصعب الحكم عليها . لقد علمنا التاريخ أن مفاهيمنا عن السلوك اللاسوي له أثر قوي على قدرتنا أن نكون موضوعيين . وعلمنا التاريخ كذلك أن نكون شكاكين باعتدال ، في الاستقراء وفي طلب الدليل . وأن نكتشف " الحقائق " الحالية والبيانات التي تساندها والبيانات

الأخرى التي تعارضها. إن كثيرا من هذه الحقائق سوف يكون لها قوة الإستمرارية التاريخية ، وبعض الحقائق الأخرى ليست لها هذه الميزة . وعلى هذا سوف تظل دراسة الملوك غير المستوى مجالا متغيرا.

الفصل الثاني

علم النفس الاكلينيكي ومجال دراسته

تعريف علم النفس الاكلينيكي :

يعد عالم النفس ويتمر Witmer (١٨٩٦) أول من استخدم مفهوم علم النفس الاكلينيكي، للإشارة الى اجراءات التقييم والتشخيص المستخدمة مع الأطفال المتخلفين عقليا Retarded والمعوقين Handicapped.. غير أننا اليوم لانجد اتفاقا بين الباحثين في ميدان علم النفس بشأن ماهية علم النفس الاكلينيكي: أسسا وطريقة ونظرية وممارسة ، كما لا يوجد اتفاق حول المادة التي يتناولها والمجالات التي يغطيها بالبحث والدراسة ومن ثم: تختلف تعريفات علماء النفس لهذا العلم باختلاف الاطار المرجعي للقاءم بالتعريف .. وسوف نتناول الاتجاهات المختلفة في تعريف علم النفس الاكلينيكي:

١ - المنظور الطبي :

تفضل الدوائر الطبية أن تقصر كلمة "إكلينيكي" على النشاط الطبي... وكلمة "إكلينيكي" مشتقة من الكلمة اليونانية "كلينكوس" وتعني مختلف أوجه العلاج الطبي التي تبذل للمريض في فراشه ، أو الخدمات المرتبطة بالرعاية "المسريرية" للمريض.. وحيث أن كلمة "كلينيك" بمعنى الفراش، وأن كلمة "كلينيكين" تعني اضطجع : فإن هذه اللفظة قد اتسع معناها حتى أصبحت تشير الى هذا الفن الذي ينحصر في إستجواب وفحص وملاحظة المرضى واجراء التشخيص لهم واستشفاف التطور المقبل للمرض أو التنبؤ به، وتحديد العلاج اللازم له (مخيمر : ١٩٧٩، ٤٣) .. ومع هذا : فإن كلمة "إكلينيكي" قد امتد استخدامها الى دراسة الفرد كفرد أى فحص وعلاج المريض كفرد على أساس أعراضه، وليس على أساس أن هذا المريض مثال لحالة من الحالات التي تصفها المراجع، ونجد اليوم أن كلمة "Clinic" أى عيادة قد اكتسبت معاني مختلفة ومنها مثلا : العيادة الخارجية مقابل الإقامة في مستشفى . (مليكة : ١٩٨٠، ١٠) ، فنقول: inpatient و outpatient

للدلالة على المرضى الذين يعالجون داخل المستشفى والمرضى الخارجيين الذين يعالجون بالخارج.

ووفقا لهذا الاتجاه الطبي يقرر بيش Bisch (١٩٢٥) بأن علم النفس الاكلينيكي علم مبنى على الخبرة الاكلينيكية Clinical experience ، ولا ينبغي لأحد أن يعتبر نفسه أخصائيا اكلينيكا نفسيا ما لم يكن لديه خلفية طبية - ولذلك فهو يرى بأن الطبيب يجب أن يؤدي تدريباً نفسياً إذا كان يعود ذلك..

كما يؤكد هيرمان Haberman على أن علم النفس الاكلينيكي علم نفس طبي علاجي .

غير أن هناك بعض أوجه النقد التي توجه الى أصحاب التعريفات السابقة: إذ لم يعد ثمة ضرورة لأن تقتصر الممارسة الاكلينيكية على أولئك الذين حصلوا على تعليم طبي، كما أن معظم أطباء العلاج النفسي والممارسة الاكلينيكية لم يكن لديهم أى خلفية طبية ومنهم : كارل روجرز، وألبورت، إريك فروم، ماسلو ، فيكتور فرانكل... وغيرهم.

٢ - منظور علم النفس المرضى:

ومن ناحية أخرى يعرف علم النفس الاكلينيكي من منظور السيكوباثولوجي بأنه : "ذلك الميدان من ميادين علم النفس الذي يعمل على تطبيق المبادئ السيكولوجية للسلوك وخاصة ما يتصل منها بميدان علم النفس المرضى على الفرد موضوع الدراسة في العيادة النفسية (فهمي: ١٩٦٧، ٣٧) - وهذا التعريف يؤكد الوظيفة التطبيقية للسيكولوجي الاكلينيكي.

ويرى مخيمر (١٩٧٩) أن علم النفس الاكلينيكي " ليس غير تطبيق لطرائق علم النفس المرضى في دراسته لاضطرابات السلوك ، ولكنه يمتد بهذه الطرائق الى جميع الكائنات محتضنا بذلك السوية والمرضى جميعا - ومن هنا يقال ان المنهج الاكلينيكي يتخذ من علم النفس المرضى زاوية الرؤية" (مخيمر: ١٩٧٩، ١٨٤)

كما يرى سوف (١٩٨٢) أن " علم النفس الاكلينيكي هو أحد الفروع التطبيقية لعلم النفس الحديث ، يعتمد الى حد كبير على الافادة من المعلومات والمهارات التي أمكن تحصيلها فى جميع فروع علم النفس الأساسية والتطبيقية الأخرى بهدف زيادة كفاءة الخدمة الطبية النفسية التى تقدم للمرضى النفسيين فى مجالات التشخيص والعلاج والتوجيه والتأهيل وتدابير الوقاية" (سوف: ١٩٨٢، ٥)

وطبقا لهذا المنظور : أصبح هناك تداخلا كبيرا فى الاهتمامات بين علم النفس الاكلينيكي والطب النفسى - على أساس أن كلا منهما يتناول بالبحث الخصائص العريضة للمرض النفسى واضطرابات الشخصية - ويكون الخلاف بينهما ليس فى التطبيق ، وإنما فى اعداد وتدريب الممارسين ، وفى نوع المنهج الذى يستخدم فى بحث المشكلات : فعلى حين يبحث السيكولوجيون الاضطرابات النفسية على أنها نتائج للخبرات المبكسة أو التعلم، فإن الأطباء النفسيين يبحثون هذه الاضطرابات باعتبارها أمراضا خاصة تحتاج الى علاج خاص (روتر: ١٩٨٤، ٢٤)

ومن ناحية أخرى : فإن تعريف علم النفس الاكلينيكي من منظور سيكوباتولوجى يقودنا الى مسألة إنسانية فى ميدانه وهى أن هذا العلم يشمل فيما يشمل العمل فى حقل الأمراض النفسية والعقلية بالتعاون بين الطبيب النفسى والأخصائى النفسى والاجتماعى تعاونا يجعل منهم " فريقا" لايمتقن أمره اذا لم يخاطبوا بلغة واحدة .. وليس بخاف أن الطبيب النفسى فى هذه الآونة يتخذ مفاهيم علم النفس المرضى أساسا لفهم تكون الأعراض، كما أن علم النفس المرضى قد أصبح يستخدم على نحو أو آخر قدرا من مفاهيم التحليل النفسى التقليدى أو التحليل النفسى مصاغا طبقا للمنهج الفنومولوجى أو الفنومولوجى الوجودى وإذا لم يكن الأخصائى النفسى الاكلينيكي الذى يعمل فى الفريق مزودا بقدر مناسب من مفاهيم علم النفس المرضى المعاصر ومعطياته انقطع التفاهيم بينه وبين الطبيب النفسى وانفرد عقد الفريق (زيور: ١٩٦٩)

٣ - المنظور الشذوذى :

ويرى فريق ثالث : أن علم النفس الاكلينيكي يتناول فقط سلوك المرضى والشواذ.. وقد تحدد هذا المفهوم بتاريخ انشاء أول عيادة نفسية عام ١٨٩٦ بجامعة بنسلفانيا على يد ويتمر Witmer باقتراح تقدم به للرابطة السيكولوجية الأمريكية لانشاء عيادة نفسية تهتم بقياس الذكاء وتقدر التخلف العقلى أو الضعف العقلى ونواحي العجز والآثار التى تحدث عنه فى القيام بالوظائف العقلية ، الى جانب تصنيف الشذوذ العقلى - وعرف علم النفس الاكلينيكي آنذاك بأنه : علم يدرس سلوك الفرد وعقله ونفسه - عن طريق الملاحظة والتجريب ، ومن خلال وسائله يتم علاج العقل والنفس تربويا . "

وفقا لهذا المنظور بدأ علم النفس الاكلينيكي يتبلور من الناحية العملية بانشاء مؤسسة فاينلاند Vineland institute لدراسة التخلف العقلى سنة ١٩٠٦ ، ثم انشاء عيادة شيكاغو لارشاد الأطفال Clinic Chicago Child Guidance سنة ١٩٠٩ (ابراهيم : ١٩٨٨ ، ١٣)

وقد عرف جودارد Godard علم النفس الاكلينيكي بأنه علم يعنى بالفحص للفرد الشاذ عقليا أو الأكل ذكاء.

ويرى والين Wallin أن علم النفس الاكلينيكي علم يتعرض لدراسة جوانب العملية العقلية لسلوك الشواذ عقليا وفحصهم بأساليبه الخاصة كالملاحظة والتجربة. ومع أن الاهتمام الرئيسى لعلم النفس الاكلينيكي قد ظل قاصرا على عمليات التشخيص والتقدير للوظائف العقلية - وهو الاهتمام الذى ظل مرتبطا بتعريف علم النفس الاكلينيكي طوال النصف الأول من هذا القرن الا أن هذا التعريف قد وجه اليه كثير من الانتقادات التى أهمها أن علم النفس الاكلينيكي لايعنى فقط بالشواذ ، وانما يهتم أيضا بدراسة الأسوياء : نموهم وتطورهم ، وشخصيتهم ، ومشكلاتهم وأصبحت كلمة اكلينيكي تشير الى الدراسة العميقة للحالات الفردية.

٤ - المنظور الحديث :

نشر القسم الاكلينيكي في جمعية علم النفس الأمريكية American Psychotogical Association تقريراً في عام ١٩٣٥ ضمنه التعريف التالي لعلم النفس الاكلينيكي بأنه:

"ذلك الجانب من علم النفس التطبيقي الذي يهدف الى تحديد خصائص سلوك الفرد وامكانياته وذلك عن طريق استخدام طرق معينة للقياس والتحليل والملاحظة وعلى أساس تكامل هذه النتائج مع نتائج الفحوص الجسمية والتاريخ الاجتماعي للحالة: تقدم اقتراحات وتوصيات تساعد على احداث التكيف المناسب للفرد". (Mackay 1975)

غير أن هذا التعريف لم يعد مقبولا حالياً من الكثيرين الذين يعملون في هذا الميدان، ولا يكاد يخرج عن كونه جزء من تاريخ مضى وولي:

ممن الملاحظ أن هذا التعريف يصف فقط ما يفعله أكثرية السيكولوجيين الاكلينكيين ، الا أنه لم يحدد نوع السلوك موضوع الدراسة، ولم يوضح طرق التوجيه أو العلاج (فهمي : ١٩٦٧، ٣٨)

ومن ناحية أخرى : فان الوظائف الموكولة للأخصائي النفسي الاكلينيكي لم تعد قاصرة على عمليات التقدير واستخدام المقاييس وأدوات التشخيص (ابراهيم: ١٩٨٨، ١٥)

هذا ولقد عرف فريق من علماء النفس علم النفس الاكلينيكي بأنه : ذلك الفرع من فروع علم النفس الذي يهتم بمشكلات توافق الشخصية وتعديلها (مليكه: ١٩٨١، ١١)

فقد أوصت اللجنة الخاصة بالقسم الاكلينيكي للجمعية الامريكية لعلم النفس باستخدام مصطلح علم النفس الاكلينيكي للدلالة على الفن الذي يتناول مشكلات التوافق لدى الناس" ويعرف دول Doll علم النفس الاكلينيكي بأنه " علم وطريقة وفن

استخدام المبادئ والمناهج والاجراءات السيكولوجية للنهوض بمصلحة الانسان
الفرد فى سبيل تحقيق خير أوجه التوافق الاجتماعى والتعبير عن الذات". (براون:
١٩٦٨، ٧٨٧).

ويرى جوليان روتر J.Rotter (١٩٧١) أن علم النفس الاكلينيكي - بالمعنى
الواسع" هو ميدان تطبيق المبادئ النفسية التى تهتم أساسا بالتوافق السيكولوجى
للأفراد.. ويتضمن التوافق السيكولوجى : مشكلات السعادة مثل - مشاعر عدم
الارتياح ، والاحباط ، وعدم الملاءمة ، والقلق ، أو التوتر لدى الفرد ، كما يتضمن
علاقته بالآخرين ، ومطالب المجتمع الأكبر الذى يعيش فيه وأهدافه وعاداته
(روتر: ١٩٨٤، ٢٣)

غير أن هذا التعريف على الرغم من قيمته فإنه عام جدا : فهو لا يميز علم
النفس الاكلينيكي عن غيره من مجالات التطبيق الأخرى فى علم النفس كالميادين
المهنية التى تهتم بطريقة أو بأخرى بالتوافق السيكولوجى الكلى للفرد : كالارشاد
النفسى ، والاستشارة المهنية التى تهتم بتوافق الفرد مع عمله ، والهندسة البشرية :
التي تعالج جزئيا توافق الانسان مع الآلة التى يعمل عليها ، وعلم النفس المدرسى
الذى يتضمن توافق الفرد للدراسة... الخ على الرغم من أن هذه المجالات الأخيرة
تركز على مظهر معين من مظاهر التوافق (روتر : ١٩٨٤، ٢٤).. وعلى الرغم
من عمومية هذا التعريف : فإن من مميزاته : أنه يؤكد على أن الأخصائى النفسى
الاكلينيكي هو أولا وقبل كل شئ عالم نفس يحتفظ بولائه لعلم النفس الذى يتلقى
اعداده فيه ، ولو أنه يتخصص فى الجانِب الاكلينيكي ويتلقى تدريباته العملية
الضرورية من المواقف الاكلينيكية نفسها.

وأخيراً : يعرف علم النفس الاكلينيكي بأنه : " طريقة لاكتساب المعرفة
المنظمة بالشخصية الانسانية ، ولاعداد الطرق لاستخدام هذه المعرفة لتحسين
الحالة العقلية للفرد" (مليكه : ١٩٨١، ١١).

ويتفق هذا التعريف مع ما سبقه من تعريفات في نقاط أساسية وهى التركيز على تحسين طبيعة الشخصية الانسانية، الا أنه يزداد عليها في الاهتمام " بتشخيص " وعلاج" المشكلات النفسية أى غير الطبية لدى الناس . كما أن هذا التعريف يؤكد على الجانبين العلمى والمهنى فى علم النفس الاكلينيكى لذلك : فان تدريب الأخصائى فى هذا الميدان يجب أن يكتمل فى ثلاثة مجالات أساسية هى : البحث، والتشخيص، والعلاج بحيث أن النقص فى جانب منها يؤدي الى الانتقاص من فعالية أداء الأخصائى النفسى الاكلينيكى لوظيفته.

وعلى هذا : نستطيع أن نذهب الى تحديد موضوع علم النفس الاكلينيكى فى ضوء التعريف التالى:

✓ "علم النفس الاكلينيكى : هو ذلك الميدان من ميادين علم النفس الذى يتناول تشخيص الأمراض النفسية والعقلية واضطرابات السلوك وعلاجها، وهو فى سبيل تحقيق ذلك يستعين بوسائل وأدوات علمية : ويتم هذا التشخيص وذلك التوجيه أو العلاج فى عيادة أو مكان مشابه مخصص لهذا الغرض".

وهكذا : فان بؤرة الانتباه للأخصائى النفس الاكلينيكى تقع على ذلك الفرد من الناس الذى يبدى حاجته الى الخدمات النفسية ، وهو يفرغ لمشكلة تقديم العون لتحقيق أكبر قدر مستطاع من التوافق ازاء تقلبات الحياة .. والتكوين الفريد للانسان هو المادة التى يدرسها لذاتها .. فالأخصائى الاكلينيكى اذن يعنى بالفرد من أجل ذلك الفرد نفسه ، ويفهمه تمهيدا لاعداد ما ينبغى أن يعمل له ، ثم بعد ذلك يعاونه اما بمفرده أو مشتركا مع غيره من الأخصائيين كالأطباء والمعلمين ومن على شاكلتهم ، على بذل الخطوات اللازمة لتحقيق التوافق الشخصى (واطمن: ١٩٦٩، ٦٣٣-٦٣٤)

الحاجة الى علم النفس الاكلينيكى

تتبع أهمية علم النفس الاكلينيكى أو أهمية دراسته من طبيعة العصر الذى نعيشه والتى تؤدي الى اشاعة الخوف والذعر والقلق حتى أن كثيرا من علماء

النفس يطلقون على العصر الحاضر "عصر القلق" ، ذلك أن أهم ما امتاز به ق ٢٠ أنه عصر سادت فيه عوامل الصراع والتطاحن والحرب النفسية لدرجة جعلت كثيرا من سكان العالم يعيشون على حافة الهاوية، مما جعل الاضطراب النفسي يسيطر على كثير من مظاهر سلوك الناس فما بالك ونحن على أعقاب ق ٢١ وما يمكن أن يواجهه الناس من أحداث واضطرابات تضغط على أعصابهم وتثير نفوسهم وتوقعهم فريسة للمرض النفسي..

سوف نستعرض فيما يلي أهم ملامح المدنية الحديثة وما تفرضه من تغيرات وتطورات في حياة الناس وكيف انعكس ذلك على نشأة الكثير من الاضطرابات النفسية لتوضح مدى الحاجة الى خدمات علم النفس الاكلينيكي من ذلك :

١ - التقدم العلمى والتكنولوجى :

لقد جاء ق ٢٠ وجاءت معه مجموعة من الطفرات العلمية ، فأطلق على هذا العصر عصر الذرة ، وعصر الفضاء، وعصر الحاسب ، وربما يطلق عليه البعض حاليا عصر الأطباق (الدش) بل أطلق عليه البعض عصر الهندسة الوراثية بعدما تدخل الانسان وتلاعب فى المادة الوراثية لبعض الكائنات ، وظهر مؤخرا ما يعرف بالاستمساخ ، وفوق ذلك كله أطلق على العصر الحاضر عصر القلق وعصر الاكتئاب . فلقد أدى التقدم العلمى والتكنولوجى الى سيادة المخترعات الحديثة التى سهلت حياة الناس بدرجة كبيرة ، ومع ذلك كانت مصدرا لشقاقتهم.

لقد سادت الأجهزة والمخترعات التى تحقق رفاهية الانسان وتيسر سبل الحياة كالراديو ، والتليفزيون ، والفيديو ، وأجهزة التبريد والتكييف، والسيارات والطائرات... الخ .. هذه الأجهزة بما تمتاز به من تعقيد لابد أن يتعلم الفرد كيف يتوافق معها على ما فيها من تعقيد وهذه مهمة قد ينجح فيها أحيانا ويفشل غالبا ، وتوقع الفشل هذا غالبا ما يؤرقه ويقلقه كلما شعر بالنقص أمام عظمة هذا المخترعات الحديثة أو احتمال سوء تكييفه معها ، وفشله فى الافادة منها .. ولو أضفنا الى ذلك أن هذه المخترعات الحديثة تتكلف من المال ما قد ينوء به دخل الفرد العادى ، فانه تبعاً لذلك يكون شديد الحرص على سلامتها، وأكثر خوفاً من

أن يصيبها ما يتلفها ، فى الوقت الذى يكون فى موقف العاجز عن حمايتها من للتلف لجهل بها ومعاناته العجز والدونية اذا ما تطاول لمحاولة اصلاحها.

"فهذه سياره أودعها صاحبها كل ما يملك من مال : فكل عطل فيها يثير ثأثرته ، ويسبب اضطرابه وقلقه ، ومع كل خلل بسيط فيها يتعرض لنوبات من التوتر والضيق والقلق خصوصا وأنها ترتبط براحته وراحة أسرته .. وعلى الرغم من أن هذا القلق يزول بعد فترة من الزمن ، الا أنه يترك فى جهازه العصبى والحشوى والغدى أثارا سيئة تتكرر كلما تكرر هذا الموقف الذى لايعيشه الفرد الذى يركب الدواب.. وكثيرا ما نجد أن قلق هؤلاء الناس غالبا ما ينقلب الى عدوانية نحو أنفسهم أو أبنائهم يكيلون لهم اللوم والسباب، ويسقطون عليهم أسباب هذا القلق، ويبعثون فى الأسرة حالة من الضيق والتوتر وهنا يعيش الجميع حالة من التوجس والخوف من أى عطل فى هذه السيارة (غالى ، أبو علام ، ١٩٧٤ ، ٩).



شدة الإجهاد وزيادة التوتر النفسى

يضاف إلى ذلك أن التقدم التكنولوجى جعل الناس يعيشون تشكيلة من المنبهات الحسية (أصواء، ألوان ، أصوات ، ضجيج وعيج) من أشياء تصل الى الحواس بشكل مستمر بينما حواس الإنسان وجهازه العصبى ليسا مجهزين

للتعامل مع هذا العدد اللامتناهى من المنبهات.. وهذا ما يفسر انضغاط الانسان المعاصر وزيادة معدل الأمراض النفسية ، وبعد القلق والاكتئاب ابرز أمراض العصر والاكتئاب واحد من الأمراض النفسية التى تؤدى الى الانتحار ، وواحد من أكبر المشكلات التى تواجه العالم .

٢- البطالة :

وهناك نوع آخر من المخترعات التي تستهدف زيادة الانتاج ، وهى مخترعات تسم بالميكنة والضبط الآلى (السيبرنتيكا) Cyberentics واستخدم الحاسب الآلى والآلات الأوتوماتيكية والروبوت .. وغيرها التى أصبحت تستخدم كبدايل للعنصر البشرى وتحل محل العمل العقلى والروتينى اليدوى وبذلك غزت الميكنة عالم العمل والمهن مما ادى الى اندثار المهن التى كانت تستخدم عمالة كبيرة ، والاستغناء عن آلاف العمال فى المصانع وحلت الآلية محلهم بكفاءة أكثر ، والمصنع الذى كان يحتاج الى آلاف العمال فيما مضى أصبح الآن يحتاج فقط الى بضعة عمال للإشراف على الأجهزة الآلية حيث تدخل المادة من ناحية فتخرج المادة المنتجة آليا من الناحية الأخرى بسرعة ودقة .. وقد أدى ذلك إلى تناقص فرص العمل بشكل كبير تعجز معه على مواجهة الأعداد المتزايدة من الخريجين والمتدربين وانتشار البطالة بين المتعلمين ، وزيادة أوقات الفراغ وما ترتب على ذلك من مشكلات اجتماعية ، وأصبح كثير من الناس فى ذعر نتيجة لاختفاء كثير من المهن القديمة ، وبدأ من الضروري إيجاد التخصص الدقيق فى العمل، والحاجة الى اعداد صفوة ممتازة من العاملين (زهران : ١٩٨٠ ، ٣١-٣٤).

ولقد زادت حدة التناقض والفردية والصراع الأسمى والاستغلال واضطراب العلاقات الانسانية مما أدى بدوره الى تولد الانعزال الوجدانى والفقر العاطفى والشعور بفراغ الحياة، وفقدان التوازن النفسى وبدأ الفرد يشعر أنه عاجز ضعيف، وأنه مهدد لايجد من يحميه ويقيه شرور العالم ، لاسيما أن المثل العليا لم تعد من القوة بحيث تجعل الفرد يشعر بأنه جزء من قوة عظمية غيبية توجهه وتحميه وتحفظه من النوائب (فهمى: ١٩٦٧ ، ٣٢).



البطالة بين شباب الخريجين

ومن ثم : فإن المجتمع بحاجة إلى خدمات الإرشاد والتوجيه المهني والتربوي التي يجب أن تبدأ منذ مرحلة مبكرة من حياة الفرد لمساعدته على اختيار المسارات التي تتناسب مع متطلبات العصر ومساعدته على اكتساب المهارات للتقدم للوظائف والحصول عليها (الشناوي: ١٩٩٦)

٣ - الحروب وأسلحة الدمار الشامل :

شهد العصر الحالي تطورات هائلة في الحروب مع تطور مخترعات التخريب والدمار هذه المخترعات التي يتقن العلماء في ابتداعها، وفي تحسين قدرتها على افناء البشر .. وتطالعنا الصحف كل صباح وتميعنا في كل ليلة وفي صفحاتها الأولى وبالبنط العريض بأنباء عن اختراع جديد لآلة من آلات الدمار : فهذه قاذفة تقابل ذرية أسرع من الصوت، وأخرى تفوق سرعتها سرعة الضوء ،

وهذه قنبلة ذرية ثم هيدروجينية ، وصاروخ برأس نووى موجه بأشعة الليزر أو غير موجه ، وهذه غواصة تسير بالقوة الذرية ، وتلك أقمار تجسس تكشف الأسرار وتنقل الأخبار ، وهذه سفينة كبيرة مشحونة بوسائل علمية دقيقة تعطل أى قوة ضاربة أو مدافعة أو غازية... الخ..



التشرّد من جراء الحروب

وهذه وتلك مما تهلع له القلوب مما يجعل انفعالات الناس فى جميع دول العالم تتأرجح بين مد وجزر، وتجعلهم يعيشون فترة من الزمن فى رعب مؤلم قد نتاساه ولكنه لا يموت ويظل يبذر فى نفوسنا بذور القلق اللاشعورى الغامض الذى

نجهل خبراته المعرفية ولكننا نعانى من استمرار هيام توتراته الانفعالية وخاصة اذا كانت الصحف اليومية والاذاعات العالمية تطلعننا كل يوم بأخبار عن الأزمات السياسية فى كل مكان من العالم (غالى، وأبو علام : ١٩٧٤) من ذلك : الحروب الدائرة فى كل مكان: ، أزمة البوسنة والهرسك، أزمة الشيشان التى يقتل فيها آلاف الأبرياء بأيدى أئمة ، وقبل ذلك : حرب لبنان ، اسرائيل ومشكلة فلسطين والمذابح الدامية فى الأراضي المحتلة ، إلى حرب الخليج، إلى مشكلة الصومال وجنوب افريقيا.. الى مشكلة الجزائر وأخبار الارهاب فى كل مكان فى العالم واختطاف الطائرات وترويع الأمنين...الخ .. فلنتشار الأزمات السياسية ، والنظام العالمى الجديد بعد انتهاء الحرب الباردة ، وخطر استخدام أسلحة وأجهزة الدمار الشامل ، الى جانب الحظر الذى تفرضه الدول الكبرى على غيرها كل ذلك يجر على الانسانية ضغطا نفسيا خانقا ، ويجعل البشر يعانون كثيرا من الضيق والاضطراب وأصبح كل خبر نقرأه أو نسمعه انما يثير فىنا كوامن القلق مما يهدد الأمن النفسى لكل فرد .. إلى جانب ما تخلفه الحروب من خلل فى التركيب البشرى للمجتمع نتيجة لوفاة المحاربين، وما يترتب على الناجين منها من اعاقات..ومن ثم : يتحتم وجود الأخصائيين النفسيين الذين يساهمون فى عمليات الارشاد والعلاج فى أعقاب الصدمات الناتجة عن الحروب، إلى بجانب خدمات إعادة التأهيل Rehabilitation لمصابى الحرب.

٤ - تهديد مستقبل البشرية :

فعلماء الاحصاءات السكانية ، وقادة منظمات الأغذية والزراعة ، وخبراء المال والاقتصاد ، وأساتذة علوم التربة والنبات .. كل هؤلاء يخرجون علينا كل يوم بحقائق تثير فىنا الزعر وعدم الطمأنينة .. من ذلك أن :
- الانفجار السكانى فى العالم يهدد بمجاعة قبل نهاية القرن العشرين ومع مشارف القرن الحادى العشرين.
- سيكون سكان العالم عام ٢٠٠٠ (كذا) من البشر يحتاجون لأضعاف هذه المساحة المنزرعة من الأرض.

- الغذاء فى (كذا) من الأعوام لن يكفى نصف سكان العالم.
- لابد من حرب أو وباء لاتقاذ العالم من هاوية المجاعة التى تهدده بسبب الزيادة فى عدد السكان.
- التصنيع لايحل مشكلة نقص الغذاء فى العالم.

الى غير ذلك من الأخبار التى تصور المستقبل معتما موحضا موغلا فى الوحشة.. تصوره ونحن نسلمه لأبنائنا ليعيشوا فى ضنك وفقر.. وكل ذلك يبعث فى النفس مشاعر القلق وتوقع الفقر.. ولذلك : فكلما نقصت سلعة أصاب الناس الذعر والهلع وتكالبوا عليها حماية لأنفسهم قبل انعدامها (غالى وأبو علام: ١٩٧٤)

بل لانه فى هذه الأيام تتواتر أخبار المجاعات والقحط فى كثير من دول العالم مما يثير خوف الناس وقلقهم المكبوت من الحرمان من ذلك: مجاعات بلاد وسط آسيا تلقت الأضرار، والقتال تعم بعض ولايات الهند تطالب بالطعام والخبز، مجاعات دول وسط افريقيا، المجاعة فى الصومال على أثر الحرب الأهلية، الى جانب انهيار بورصة جنوب شرق آسيا الذى أصبح يهدد إقتصاد العالم.. كل ذلك مما تورد وسائل الاعلام من أخبارها حيث يموت الآلاف جوعا، وتعرض مناظر أهلها التى نكتت الأكباد... وهذا كله يعمق توقع شر المجاعة، ويعمق كذلك قلق الحرمان الذى يعانيه الناس، ويجعلهم يتكالبون من أجل العيش ويتطاحنون من أجل الثروة، وهذا ما يلقي أعباء اضافية على الأخصائيين النفسيين.

٥ - انتشار الأزمات الاقتصادية :

فإلى جانب موجة غلاء الأسعار التى تحتاج العالم وانتشار الفقر والتهديد بالجوع تضاف مشكلات اقتصادية أخرى منها:

- البطالة والتهديد بفقدان العمل : مما جعل طبقة كبرى من العاملين فى حقل الزراعة والصناعة يشعرون بعدم الأمن على مستقبل حياتهم فى ميادين عملوا بها لسنوات طويلة، وخاصة عندما يسمعون عن البطالة فى كثير من الدول بسبب ضغط الميزانيات فى هذه الدول.



الاضطراب النفسى الناتج عن

- الفروق بين طبقات المجتمع الواحد فالهرم الطبقي ليس مستويا وأصبح بمثابة كتل من الطبقات التى تتباعد المسافات بين أفرادها ، وعدم المساواة فى الممتلكات وفرص العمل بين أفراد يمتلكون كل مقومات الحياة والكماليات وموارد الثروة ، حرمان أفراد كثيرين وعدم قدرتهم على الحصول عليها ونعمة الاستمتاع بها ، مع ضعف التكافل الاجتماعى بين

الطبقات وما يثيره ذلك فى نفوس الأفراد من حقد جماعى وصراع طبقى ، وشعور الانسان بنزعات عدوانية لا قبل له بالتعبير عنها ، فتظل هذه المشاعر مكبوتة تعمل فى النفوس ممسا يتلف أنسجة الأعضاء والأحشاء ويسبب الاضطرابات النفسية.

- النظم الاقتصادية العالمية التى تشيع فى أنحاء العالم حاليا ومنها - الأسواق الإقليمية : كالسوق الأوروبية ، ونطاق الاسترلىنى ، وأنواع العملة الصعبة والسهلة، والكتكتلات الاقتصادية ، وحوار الشمال والجنوب والدول الغنية والدول الفقيرة ، وإتفاقيه الجات ... الخ وما ينتج عن هذه النظم الاقتصادية من آثار على حياة الناس ويجعل حصول الأفراد والجماعات والأمم على بعض حاجاتهم من مقومات اشباع الحاجات الأساسية أمرا معرضا للتهديد والخطر فى كثير من الأحيان ، بل قد يكون سببا فى تهديد أمن الناس على أرواحهم حين يتفشى داء ويعز الدواء لنقص العملة اللازمة للشراء - وهذا ما يلقى تحديا أمام الأخصائيين النفسيين الإكلينكيين فى الارشاد الجماعى وأرشاد المجتمع Community Counseling ، بجانب فروع الارشاد والعلاج النفسى الأخرى التى سترتد مهامها مع تفاقم هذه المشكلات.

٦ - حرمان الأسرة من الرعاية الأمومية :

يمتاز ق٢٠ أيضا باندفاع المرأة لميدان العمل طلبا للرزق وثابت وجودها، وهي بذلك تضحي عن وعى أو عن غير وعى بمستقبل جيل من الأبناء يعيشون حياة عزلة وحرمان منذ الصغر ، ويضعف الروابط الأسرية ضعفا يهدد الكثير من الأبناء ، ويجعلهم يتوقعون الخطر فى كل العلاقات الاجتماعية ويثرون عليه، وخاصة بعد أن تنعدم الثقة بين الأجيال لدرجة التصارع الواضح بين الجيلين (جيل الآباء وجيل الأبناء) بعد أن تصرف كل جيل الى اشباع نوازعه غير المرغوبة أو المرغوبة دون اعتبار للغير دون اعتبار للغير .. كما ظهرت كثير من السلبيات فى العلاقات مع الزوج وفى ادارة المرأة للأسرة ورعاية الأطفال خلصة مع الاتجاه الى الأسرة النووية فأصبحت المشاكل أكثر وكبر وظهر نتيجة خروج المرأة للعمل ظاهرة " أطفال المفاتيح" خاصة مع اختلاف مواعيد عودة الأطفال من المدرسة ومواعيد عودة الوالدين من العمل، بينما لجأت بعض المجتمعات إلى المربيات والخادمات الأجانب فى بعض الاحيان (كما هو الحال فى المجتمعات الخليجية) ، ومن ثم ظهور قيم ثقافية واجتماعية لحياة الطفل تختلف عما هو سائد فى أسرته من قيم ، وإذا كان كلا من فريقى الإبناء والآباء يصارع الأمواج بعد أن أغرقتهم مشكلات الحياة وقل جلوس الأسرة معا والتفافها حول مائدة الطعام أو جلسة السمر ، ولاتجلس الأسرة مع بعضها الا أمام جهاز التلفزيون وتشاهد ما يفرضه عليهم.



الحياة الاسرية المتوافقة أساس التوافق النفسى للأبناء

ولعل ذلك هو سبب ثورات الشباب فى معظم دول العالم التى هى فى جوهرها تعبير عن قلق الشباب على مستقبله ، وأنه تعبير عن عدوان مكبوت ضد ممثلى السلطة من الآباء أولا ، ثم يعمم على الساسة والقادة ثانياً أولئك الذين فشلوا فى إشباع حاجات الشباب الضرورية للأمن وإثبات الذات والنجاح وتحقيق درجة معقولة من تأمين مستقبل الشباب لذلك بدأت الدعوة فى كثير من بلاد أوربا وأمريكا تدعو الى الحاجة الى "أمهات يقرن فى بيوتهن "We need home mothers". هذه الظاهرة تضع مجموعة من التحديات أمام الأخصائيين النفسيين الإكلينكيين لارشاد الأسرة وأبنائها لمواجهة المشكلات المترتبة عليها.

٧ - أساليب التنشئة الخاطئة:

فاستخدام الأساليب الخاطئة فى معاملة الوالدين لأبنائهم يؤدى الى بذر بذور القلق والاضطراب وتكوين الشخصية المريضة نفسياً ومن تلك الأساليب الخاطئة: استخدام النذب ، والعزمان أحيانا كوسائل لتأديب الأطفال ، أو العقاب القاسى الذى يمارسه الآباء مع الصغار، والمقارنة ، والتذبذب فى المعاملة ، والتحقير ، أو التكليل الزائد ، والتسامح المخل بالنمو النفسى السليم، أو رسم مستويات من الطموح الزائد للأبناء ، تجعلهم يتوقعون الفشل أو الشعور بالنقص ، ويشعر الفرد بأنه يعيش فى عالم ملئ بالعدوان دائما أبداً. وبذلك تتخذ شخصية الأبناء أحد أنماط ثلاثة :

- إما الاتجاه نحو العنوان على العالم الخارجى.

- أو الاتجاه نحو الانسحاب من العالم واجترار صراعاته النفسية.

- أو إلغاء الشخصية والاتجاه نحو مسابرة العالم.

كل هذه الأنماط من الشخصية المريضة انما هى استجابة لما يعانته من قلق موهن ومتاعب مضنية (غالى وأبو علام: ١٩٧٤)

٨ - الطفرة الاعلامية والجريمة :

لقد استفاد الانسان فى السنوات الأخيرة من الأقمار الصناعية التى تجوب الفضاء فى وسائل الاتصالات وبث البرامج الاعلامية الاذاعية والتلفزيونية ، فأصبح العالم بمثابة قرية صغيرة اصطلح الاعلاميون على تسميتها بالقرية الكونية The Globale Village حيث أصبحت المعلومات والأخبار تنقل الى جميع أنحاء العالم فى نفس وقت وقوع الأحداث ، وأصبحت المادة الاعلامية سلعة تروج .. وأصبحنا نستطيع ببساطة استقبال أكثر من ٥٠ محطة شهيرة تبث برامجهما لتصل الى منطقتنا بخلاف أكثر من مائة محطة جانبية أخرى يمكن استقبالها بسهولة .. وإذا كان من الثابت علميا أن الانسان يتعلم بالمشاهدة أسرع من وسائل التعلم الأخرى فإنه مما لا شك فيه : أن الاعلام أصبح مصدرا لبث كثير من القيم والسلوكيات الغربية، بل أصبح الآن شريكا للأسرة والمدرسة فى تربية الناشئ وتوجيه عقولهم ومشاعرهم وسلوكياتهم .. وإذا كانت المادة الاعلامية التى تعرض قد خرجت عن رقابة المراقبين ، فإنها بذلك أصبحت تمثل تحديا للقيم الموروثة والأنظمة التربوية وأحدثت فجوة هائلة بين الأجيال خاصة بين الوالدين وأبنائهم.

ولقد أوضحت كثير من الدراسات العلمية وجود علاقة وثيقة بين العروض التلفزيونية التى تشتمل على العنف والعدوان وبين سلوك العنف والعدوان فى المجتمع .. والمراقب للشارع العربى والمصرى يجد تطورا خطيرا فى الجريمة وأسبابها وأدواتها، وأخطر الجرائم ما أصبح فى داخل الأسرة بين أبناء وآباء ، وأزواج وزوجات وكثير منها يتأثر فى اتمامه بما تعرضه وسائل الاعلام .. ناهيك عن شيوع ظاهرة الارهاب الذى أضفى ظاهرة عالمية مميزة للربع الأخير من هذا القرن ، بالاضافة الى ظاهرة التطرف والانحراف فى التفكير الذى يجذب اليه الشباب والمراهقين فى مرحلة يتميز أصحابها بالرغبة فى اعتناق كل جديد...

هذه الحقائق لا شك تنق ناقوس الخطر لمواجهةها للحد من عدد المعرضين للانحراف بل الجريمة أو نتيجة لها والحد من عدد الضحايا، وذلك من خلال

البرامج الوقائية والارشادية والعلاجية .. بل أضحى المجتمع بكل فئاته بحاجة الى نوع من الارشاد الأمنى يساعد الأفراد على تنمية وسائل أمنهم ووقايتهم من الجريمة ، بل وعلاج آثار الجريمة فى شكل ارشاد للطوارئ والأزمات خاصة بالنسبة للأفراد الذين يتعرضون لجريمة سرقة أو عدوان أو اغتصاب ومايصابون من جرائمه من ضغوط نفسية (الشناوى: ١٩٩٦)

٩ . انتشار الأمراض الخطيرة:

مع أنه قد حدث نقاؤل فى منتصف ق ٢٠ مع تطور المضادات الحيوية فى مواجهة الأمراض الخطيرة مما دفع الى اغلاق مؤسسات كانت ترعى أصحابها مثل الدرن الرئوى والجزام وغيرها من الأمراض الخطيرة والمعدية، الا أن هذا العصر شهد ظهور أمراض مميتة وأوبئة أكثر خطرا جعلت الناس يشعرون بالهلع منها بعد انتشارها بصورة واضحة فى كثير من دول العالم مما بات يهدد حياة كل فرد وتعرف بأمراض النهاية Terminal Diseases ومنها : أمراض القلب ، والفشل الكلوى، والسرطان ، وأخيرا الأيدز AIDS وهو اختصار لاصطلاح نقص المناعة المكتسب Aquired Immunity Defeciency Syndromeالذى يسببه فيروس أطلق عليه HIVوهو اختصار لمصطلح Human Immunity Virus ويعد هذا المرض طاعون العصر نظرا لخطورته وعدواه ، وعدم وجود علاج معروف له..

ويعد انتشار مثل هذه الأمراض نذير خطر على الانسان لما هو معروف عنها بمصاحباتها الجسمية والنفسية وما يتصل بنتائجها على المريض وأسرته.. وأصبحت هذه الأمراض الخطيرة تحديا أمام علم النفس الاكلينيكي خاصة طول فترة المرض وأن المرض الأخير (الايدز) يكون مصحوبا بالهروب والخوف من العدوى من كل المحيطين بالمريض مما يجعله يتدهور نفسيا بشكل بالغ ومن ثم : فان خدمات المساعدة النفسية الانسانية تفرض نفسها فى معاونة المريض وأسرته والمجتمع بصفة عامة.

١٠ - زيادة ضغوط الحياة :

تعرف الضغوط Stress بأنها أى مثيرات أو تغيرات فى البيئة الداخلية أو الخارجية بهذه الدرجة من الشدة والدوام بما يتقل القدرة التكيفية للإنسان الى حده الأقصى ، والتي فى ظروف معينة يمكن أن تؤدى الى اختلال السلوك أو عدم التوافق، أو الاختلال الوظيفى الذى يؤدى الى المرض.. وقد استمرار الضغوط بقدر ما يتبعها من استجابات جسمية ونفسية غير مريحة.

ولقد اهتم علماء النفس بأحداث الحياة Life events كمدخل لدراسة الضغوط التى تعكس على الحالة الجسمية والنفسية للإنسان .. وقد عرفت DSM III أحداث الحياة الضاغطة بأنها أى حرمان يتقل كاهل الإنسان نتيجة لمروره بخبرة غير مريحة .. وهناك ثلاثة أنماط من أحداث الحياة الضاغطة:

- الكوارث الطبيعية : كالفيضانات والزلازل ... وما إليها.
- الكوارث العرضية (غير المقصودة) التى من صنع الإنسان: كحوادث السيارات ذات الأذى الجسمى الخطير، تحطم طائرة ، حريق كبير.
- الكوارث الناتجة عن الفعل المتأنى والمخطط للإنسان : كالقذف بالقنابل ، او إطلاق الرصاص، التعذيب والتشويه، الاغتصاب، الموت فسى معسكر...الخ.

ويذكر فرانس France (١٩٨٠) أن من بين ضغوط أحداث الحياة : الوحدة، المرض، فساد طفل، تعاطى العقاقير، الصراع الزوجى، الطلاق، الانفصال ، البطالة من العمل، الشيخوخة... فقدان المهنة، السجن، الديون، فقدان شخص عزيز، الضغوط المهنية.

بالاضافة لى ما سبق فقد حاول بعض علماء النفس معالجة أثر الخبرات اليومية المشحونة انفعاليا على الحالة الصحية للإنسان ومنها الكدح اليومي، والاثارات ، والاحباطات الناتجة عن روتين الحياة، والمجالات ، والنزاعات المزعجة.. حيث افترضت بعض الدراسات أن هذه المواقف المشحونة هى منبئات جيدة للأمراض الجسمية والنفسية مثلها مثل

الاحداث الرئيسية .. ففى دراسة أجراها دوهريتويك وشروت Dohrenwend & Shrout

(١٩٨٥) اتضح لهما أن نسبة كبيرة من حديثات



صداع ناتج عن التوتر العصبي

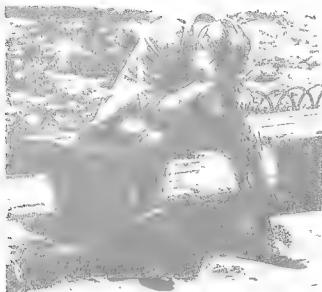
العهد بالزواج قد أصبن باضطرابات
صحية ترجع الى المسئوليات الجديدة
والمواقف المشحونة انفعاليا المتعلقة
بالعمل الروتيني وكثرة الأشياء التى
عليهن القيام بها كل يوم من اعداد
الوجبات والاهتمام بأمور المنزل، كما
وجدا : أن الأفراد الذين يعيشون فى
ضواحي المدن ويقومون برحلات يومية
بالقطار بين مكان المنزل والعكس

غالبا ما يشعرون بالارهاق والتوتر الانفعالى، ويشعرون بأن أخذ القطار يوميا
يعد حدثا مشحونا انفعاليا لأنه يجعلهم فى عجلة مستمرة للوصول الى العمل فى
موعدده وفى ترقب دائم خشية للتأخر عن موعد القطار، فى حين كان الأفراد
الأصحاء يرحبون بوقت الرحلة اليومية التى يتمكنون خلالها من قراءة
رواية أو جريدة.

بالاضافة لذلك فان بعض الضغوط تكون قصيرة المدى كانتظار جراحة أو
نتيجة امتحان أو قبول فى مدرسة أو جامعة أو عمل، وبعضها تكون متواصلة أو
يتكرر حدوثها مرارا كالمعيشة مع آباء مستبدين أو متعسفين، النزاعات
والصراعات الزوجية والمشكلات فى داخل الأسرة، والعمل فى ظروف غير
مواتية، والوقوع فى مكيده فى العلاقات الاجتماعية ، الفقر ، التفرقة،
العنصرية...الخ.

وقد انتهى الباحثون الى أن ضغوط أحداث الحياة تجعل الانسان عرضة للإرهاق
العصبي والوقوع فريسة للأمراض الجسمية والنفسية .. وأن الشعور بانعدام الثقة
وقلة التحمل وعدم القدرة على التحكم فى الأحداث والمشكلات هى مسببات

للمرض الجسمي والنفسي (مصطفى: ١٩٨٩، ١٩٩٢). وهذا بدوره مما يؤكد الحاجة لعلم النفس الاكلينيكي لمواجهة أحداث الحياة الضاغطة ومساعدة الانسان في اتخاذ خطوات ايجابية لمواجهة هذه الأحداث والتخفيف من حدتها.



الآثر النفسي لضغوط الحياة

علم النفس الاكلينيكي والعلوم المرتبطة به

١ - علم النفس والعلوم الطبية: معالج النفس المرضي

يرتبط العلاج عند الناس بالطب ومن ثم فإن علم النفس العلاجي ملئ بالمصطلحات المشبعة بالمعنى الطبى مثل التشخيص والفحص والمآل والعلاج .. وهناك قدر كبير من المعلومات من العلوم الطبية يقوم بها الأخصائى النفسى والطبيب النفسى بحيث تعينه فى الدراسة والحالة وتمكنه من العمل مع فريق يدخل الطبيب ضمن أعضائه.

ونحن نعلم أن هناك أرضا مشتركة بين علم النفس والطب وخاصة بالنسبة للأمراض البسيكوسوماتية فمن المعروف أن الانفعالات والضغوط النفسية لها رد فعل جسمى وفسيولوجى له اعراض وأمراض معروفة .. كما أن أمراض الجهاز العصبى غالبا ما تظهر فى شكل سلوك مضطرب للمريض..

ويحدد الدستور الاخلاقي للمعالجين النفسيين حدود العلاقة بين الأخصائي النفسي العلاجي والطبيعي فاذا ظهر ما يستدعي استشارة طبيه أو إحالة الى طبيب نفسي فعليه أن يفعل ذلك . (زهران : ١٩٨٠ ، ١٧)

٢ - علم النفس الاكلينيكي والطب النفسي Psychiatry

الطب النفسي هو فرع الطب المختص بتشخيص الأمراض النفسية وعلاجها والوقاية منها والحد الفاصل بين طب الأمراض النفسية وغيره من فروع الطب غير واضح المعالم، فلا يزال الكثير من وظائف العقل غير معروف لأن - وكما تقدمت المعرفة تغيرت نظريات الأمراض النفسية ووسائل علاجها لتواكب الحديث من معلوماتنا.

والوظيفة الأساسية لهذا الفرع من العلوم الطبية من علاج الامراض والاختلالات العقلية .. وقد أحدثت الكشوف والنظريات العقلية الجديدة وبخاصة في السنوات الأخيرة تغيرات بالغة في مجالات التعليم والتربية وربما الطفولة والزواج وما إليها من مجالات إنسانية أخرى، وفي الطريق الى علاج العقول المريضة .. ووضحت بعض معالم العقل وسيؤدي ذلك الى حقائق سيكون لتطبيقها آثارا حتمية في المستقبل.

وواضح أن هدف الطب العقلي ليس العلاج فقط ولكنه أيضا التشخيص والأسباب ورسم برامج الوقاية (عيسوي، ١٩٩٠ ، ١٦٧)

ولذا : يشترك علم النفس الاكلينيكي العلاجي مع الطب النفسي في دراسة سلوك الانسان غير السوي خاصة الأمراض العصبانية والذهانية - ومن ثم : فان الطبيب النفسي هو واحد من أهم أعضاء الفريق العلاجي.

٣ - علم النفس الاكلينيكي والخدمة الاجتماعية:

تدخل الخدمة الاجتماعية (خدمة للفرد ، وخدمة الجماعة) ضمن مجالات اعداد الأخصائي النفسي الاكلينيكي والمعالج النفسي وأصبح العلاج الفردي والعلاج

الجمعى والعلاج الأخرى من أهم ميادين العلاج النفسى ويقوم الأخصائى الاجتماعى الاكلينيكى بالتعاون مع المحاكم فى قضايا اهمال الأطفال والاشرفاء على النزلاء فى المؤسسات الاصلاحية ، والمشاركة فى تخطيط رعاية الطفولة، وابداء التدابير المالية للنفقات الطبية، وقضاء الحاجات الترويحوية، وتخفيف الضغوط الناشئة عن الحياة الاجتماعية (موين : ١٩٧٩ ، ٩٧). ومن ثم يستفيد علم النفس العلاجى عن مفاهيم علم الاجتماع فيما يتعلق بالجماعة وعوامل تكونها وعوامل تفككهاوديناميات العلاقات الاجتماعية وذلك فى دراساته العلاجية .

ويشارك العلاج النفسى مع الخدمة الاجتماعية فى أن كلا منهما خدمة ميدانية فى مجال حل المشكلات الانسانية، ويستعير العلاج النفسى من الخدمة الاجتماعية أساليب المقابلة ودراسة الحالة ، كما يشترك المعالج النفسى والأخصائى الاجتماعى فى تقديم الخدمات التى تتناولها البيئة الاجتماعية بالتعديل حتى يسهل حل المشكلات ، ويشتركان معا فى الاهتمام بمشكلات الأسرة والدراسة والعمل ويتعاون المعالج النفسى مع الأخصائى الاجتماعى فى خدمة كل من الفرد والأسرة والمجتمع فى آن واحد حتى نجد أن هذين الأخصائيين هما أقرب أعضاء الفريق العلاجى الى بعضهما البعض من حيث الاختصاصات والخدمات التى يقدمها كل منهما، (زهران : ١٩٨٠ ، ١٦-١٧)

٤ . علم النفس الاكلينيكى والتأهيل المهنى Vocational rechabliation

العلاج النفسى أحد فروع التأهيل المهنى وهو المتخصص لعلاج المرضى المؤدى الى عاهات وذلك بغية تدريب ما تبقى لديهم من قدرات وأطراف على أنواع جديدة من المهن بحيث يعودون الى حظيرة العمل والانتاج، ويستطيعون تحمل أعباء معيشتهم دون أن يكونوا عالة على ذويهم... ويتضمن التأهيل المهنى تأهيلا نفسيا بحيث يقبل المصاب عاهته ويتعايش معها دون شعور بالتبرم أو الضجر أو السقوط - وتعاد له مشاعره فى الثقة بنفسه وقدرته على أن يحيا مع العامة حياة طبيعية - وتسهم عمليات التأهيل المهنى فى زيادة الكفاءة الانتاجية لمعدلات الانتاج الفردى والجماعى (عيسوى : ١٩٨٦ ، ١٩٦)

٥ - علم النفس الاكلينيكي والتمريض النفسي: Psychiatric Nursing

وهو فرع من التمريض يتعلّق بالعناية بالمرضى النفسيين.. والممرضة النفسية ممرضة حاصلة على درجة جامعية في التمريض ثم تتلقى بعد ذلك دراسات نظرية في علم نفس الشواذ وعلم النفس الاكلينيكي كما تتلقى تدريبا عمليا للتعامل مع المرضى النفسيين بصفة خاصة.

مكاتبة علم النفس الاكلينيكي في الوقت الحاضر

ولاشك أن الظروف التي تسود حياة الناس قد جعلتهم يعيشون على حساب أعصابهم ومن ثم زادت حدة الاضطرابات والأمراض النفسية زيادة مطردة بسبب تعقد المدينة الحديثة الى جانب الجهل بالأسباب التي تؤدي الى كثير من الأمراض ، وان كان هناك فريق من العلماء يرى أن نسبة انتشار هذه الأمراض تعتبر عادية جدا ومرجع ذلك الى أن التقدم العلمي في ميدان الطب العقلي قد ساعد على التعرف على كثير من الأمراض التي لم تكن معروفة من قبل، كما أن تحسن الخدمات النفسية في المستشفيات العقلية قد ساعد على الإقبال عليها، كما ساعد انتشار التعليم على عدم احساس الناس بالعار الذي يصاحب وجود أحد هذه الأمراض في الأسرة وجعلهم لا يخرجون من ارسال مريضهم الى المستشفى للعلاج ، بالإضافة لذلك : فان تحسن طرق العلاج قد أدت الى إطالة مدة الإقامة بالمستشفى.

ومن هنا تشير بعض الاحصائيات الى أن نسبة هذه الاضطرابات في أوروبا وأمريكا تصل الى ما يشغل حوالي ٤٠٪ من المجموع الكلي للأسرة في المستشفيات وان اختلفت هذه النسبة من بلد الى آخر، أما في الدول المتخلفة فلا يمكن حسم هذه القضية لعدم وجود الاحصائيات عن مدى توافر هذه الأمراض فيها (جلال: ١٩٧٠، ١٠٦-١٠٧)

هذا وقد قدرت بعض الاحصاءات أن المستشفيات العقلية في إنجلترا وويلز قد استوعبت في عام ١٩٥٠ حوالي ١٥٠.٠٠٠ مريض من بين تعداد السكان الذي

كان آنذاك ٥٠ مليون نسمة ، ويزداد عدد الذين يعانون بهذه المستشفيات في الوقت الحاضر الى ضعفى او ثلاثة أضعاف العدد الموجود... وهناك احصاءات تشير الى أن نسبة (٣) من كل ألف من السكان مرضى بالمستشفيات العقلية وواحد فى الألف منهم يقيم فى مستشفيات او مؤسسات التخلف العلى، وهناك من يعتبرون أن عدد الأسرة اللازمة للمرضى النفسيين يساوى تقريبا العدد الاجمالى اللازم لجميع الأمراض الأخرى مضافا اليها الاصابات أيضا (فهى : ١٩٦٧، ٣٤)

وفى أمريكا يقدر فيلكس وكرامر Felix & Kramer (١٩٥٣) ان هناك ما يقرب من ٧٥٠ ٠٠٠ مريض بمرض نفسى يترددون على مصحات الأمراض النفسية، وأن الذين يعانون من أعراض المرض العقلى يشغلون حوالى نصف الأسرة الموجودة بالمستشفيات .. وتقدر قيمة ما ينفق على هؤلاء المرضى بحوالى بليون دولار سنويا ، وأن هناك ١٦٠ شخصا من بين كل ١٠٠ ٠٠٠ شخص من السكان ، وأن الفصامين يمثلون نصف المرضى العقلين .. وتقدر بعض الدراسات التى أجريت فى نيويورك أن طفلا من كل عشرة أطفال سوف يودع فى إحدى المصحات النفسية فى فترة ما من حياته الى جانب ذلك فان هناك من يذهب الى أن أكثر من ٦٪ من السكان يعانون نوعا ما من سوء التوافق ، وأن واحدا من كل عشرة من السكان يحتاج الى معونة الطب النفسى ان عاجلا أو آجلا ، وأن واحدا من كل ثمانية عشر شخصا ينفق بعض الوقت فى مستشفى للأمراض النفسية ، وأن عدد الذين يدخلون هذه المستشفيات كل عام يساوى عدد من يخرجون من الجامعات، وتقدر قيمة ما ينفق سنويا من خدمات الرعاية والعلاج السيكاترى ما يقرب من ٢١٠ مليون دولار.. واذا أضفنا لذلك ما ينفقه المرضى الذهانيون على علاجهم فان اجمالى التكاليف السنوية للدولة يرتفع الى ٧٧ مليون دولار (فهى : ١٩٦٧، ٣٦)

وتدل الاحصاءات فى معظم دول العالم على تزايد المتعاطين للمخدرات والمغيبات منها على وجه الخصوص ، وتضاعف عدد المترددين على مصحات

الأمراض النفسية، كما زادت حالات الانتحار ومحاولاته .. ويذكر كولمان coleman أن الأمريكيين قد أنفقوا عام ١٩٦٤ حوالى عشرة بلايين من الدولارات على الخمر ، كما بيعت ملايين الأطنان من العقاقير المهدئة .. ولقد أشارت بعض البحوث إلى أن مبيعات كتب علم النفس التى تتحدث عن توافق الشخصية قد زادت فى الآونة الأخيرة (Coleman, 1964, 4) ومما لاشك فيه أن هذه الأرقام قد تضاعفت بعد هذا التاريخ .

ولقد أعلن سوف (١٩٩٦) رئيس البرنامج الدائم لبحوث تعاطي المخدرات فى مصر ورئيس لجنة المستشارين العلمية للمجلس القومى لمكافحة وعلاج الادمان أن نتائج البحوث أكدت أن معدل انتشار المواد المخدرة بين طلاب الجامعة أصبح الآن ٩٪ فقط بعد أن كان ١٥,٥٪ فى عام ١٩٨٣ ، ١١,٥٪ عام ١٩٩٠ .. كما ذكر التقرير أن ٨١٪ من طلاب الجامعة يجربون مرة واحدة ويمتنعون ، وأن نسبة ١٩٪ الباقية منها : ٨٤٪ يتعاطون بشكل غير منتظم ، ١٦٪ بشكل منتظم ، وأن نسبة الطالبات لا تشكل سوى ٤٪ فقط من بين مجموع الطلبة والطالبات المدمنين بنسبة طالبة الى ٢٢ طالبا متعاطيا (الأهرام : ٢٥ أكتوبر ١٩٩٦، ٨)...

وهكذا:

فانه نتيجة لاستفحال المشكلة وما شهدته الدراسات النفسية وعلم النفس الاكلينيكي على وجه الخصوص من تقدم ملحوظ أصبح علم النفس الاكلينيكي وهو وسيلتنا الى حل وعلاج المشكلات والاضطرابات النفسية التى تفتت فى مجتمعات العصر الحديث .. فلقد اتضح من نتائج علم الباثولوجى Pathology (علم الأمراض) أن كثيرا من المرضى لا يستجيبون للعلاج الجسمى (البيوكيمائى)، وأن هذه الحالات تتحسن عندما تتعدل ظروف المريض النفسية والاجتماعية ، وكشفت البحوث النفسية والطبية معا فى دراستها للسلوك المضطرب أن كثيرا من الأعراض الجسمية لها أساس عضوى واضح ، وأن العوامل النفسية تلعب دورا رئيسيا فى نشأة وتطور هذه الأعراض ، ولذلك : أصبح من الضرورى للأطباء

الذين يتعاملون مع الأعراض الجسمية أن يلموا بالجوانب النفسية للمريض وبذلك سقطت النظرية الثنائية التى تفصل بين الجسم والنفس ، فكلاهما يؤثر فى الآخر ويتأثر به (كفافى : ١٩٩٠ ، ١١)

ولذلك : فقد أوصت منظمة الصحة العالمية فى اطار البرامج الوقائية لصحة المجتمع بما يلى:

١ - ضرورة الاهتمام بالوقاية مع تركيز الاهتمام على الطب العقلى الوقائى والعلاجى للطفولة.

٢ - أن تولي هيئات الصحة العامة اهتمامها للصحة العقلية واعداد الأخصائيين للعمل فى هذا الميدان.

٣ - تطويع الطرق التى ثبت نجاحها فى الدول المتقدمة لاستخدامها فى الدول الأخرى.

٤ - انشاء قسم للوقاية من الأمراض النفسية فى وزارات الصحة فى البلاد المختلفة

٥ - ارساء قواعد التسهيلات العلاجية للضعف العقلى فى كل البلاد.

٦ - انشاء مراكز للصحة العقلية فى كل دولة للدراسات العليا فى هذا الميدان.

٧ - اعادة النظر فى برامج تدريب الأطباء حتى تتضمن معرفة خصائص النمو النفسى السوى ومصدر الاضطرابات.

٨ - الاهتمام برفع مستوى التمريض واعداد المتخصصات فى التمريض النفسى.

٩ - اهتمام الحكومات بالمطبوعات والمنشورات والتقنيات والبحوث العلمية والاحصاءات فى مجال الاضطرابات العقلية والنفسية.

١٠ - الاهتمام بتعليم الجمهور وتوعيته بالأمراض النفسية وتغيير اتجاهاته نحو المصابين بها.

١١ - الاهتمام بجمع المعلومات والخدمات الإرشادية الى جانب الاهتمام بالبحوث العلمية (جلال : ١٩٧٠، ١١٢-١١٣)

وهذه الاهتمامات تدخل - في معظمها - ضمن اهتمامات علم النفس الاكلينيكي ، وتصبح مهمة الأخصائي الاكلينيكي هي البحث عن العوامل التي تؤدي الى عدم الاتزان النفسى ، والعمل على تخفيف حدة تأثير هذه العوامل فى الحياة الاجتماعية، والعمل على تجنب أفراد المجتمع كل ما يعصف بحياتهم وطمأنينتهم النفسية ومن هنا تبرز الأهمية الكبرى لهذا الفرع من فروع علم النفس .

الفصل الثالث

الأخصائى النفسى الاكلينيكى

مَنْ الأخصائى النفسى الاكلينيكى :

الأخصائى النفسى الأكلينيكى : هو ذلك الشخص المتخصص الذى يستخدم الأسس والتقنيات والطرق والاجراءات السيكولوجية ، ويتعاون مع غيره من الأخصائيين فى الفريق الاكلينيكى مثل : الطبيب ، والطبيب النفسى، والأخصائى الاجتماعى، والممرضة النفسية - كل فى حدود اعدادته وتدريبه وامكانياته - فى تفاعل ايجابى ، بقصد فهم ديناميات شخصية العميل (المريض) وتشخيص مشكلاته، والتنبؤ باحتمالات تطور حالته ومدى استجابته لمختلف أساليب العلاج، ثم العمل على الوصول به الى أقصى درجة تمكنه من التوافق الشخصى والاجتماعى (مليكه: ١٩٨٠، ١٢).

ومن أجل ذلك - فلا بد أن يتمتع الأخصائى النفسى الاكلينيكى بخصائص شخصية معينة، أهمها:

١ - الاهتمام بالناس والرغبة فى معاونه الآخرين ومساعدتهم فى حل مشكلاتهم.

٢ - القدرة على اقامة علاقات فعالة مع الآخرين.

٣ - أن يتمتع بقدر عال من الضبط الانفعالى : الذى يشكل مطلباً ضرورياً يجب توافره على مستوى الممارسة ، لأن ردود فعل الفرد تتأثر بشكل أو بآخر بذاتية الممارس الاكلينيكى وانفعالاته.

٤ - أن يكون مخلصاً أميناً فى ممارسته وفى مساعدته للفرد ، مستخدماً كافة مهاراته ومعلوماته من أجل وقاية مريضه وشفائه.

٥ - الاحساس بالمسئولية المهنية ، والالتزام بمعايير المهنة فنياً وأخلاقياً.

٦ - الاهتمام بعلم النفس عامة، والاهتمام بالجوانب الاكلينيكية فى علم النفس على وجه الخصوص (عباس : ١٩٨٣، ٤٧-٤٨)

كذلك فان العمل فى الممارسة الاكلينيكية يتطلب من الأخصائى النفسى الاكلينيكى:

١ - أن يتمتع بكفاءة شخصية وقدرة على اتخاذ القرارات الملائمة فى المواقف الغامضة: خاصة وأن ميدان الممارسة يتضمن مشكلات يومية تحتاج لاتخاذ القرارات ، فقد يجد الأخصائى الاكلينيكى المدرب نفسه فى مواجهة مواقف خرقاء وعاجزة عن المساهمة فى الميدان اذا لم يكن على درجة كبيرة من الثقة بالنفس والكفاءة والمبادرة والقدرة على اتخاذ القرارات العلمية السليمة وان المنقذت البحث.

٢- القدرة على تطوير علاقات انسانية مهنية دافئة بمرضاه وجمهوره، يتمتع بالتعاطف Empathy وفهم مشكلة المريض والاحساس بها كما يعيشها ذاته - وهو يختلف عن العطف أو الشفقة Sympathy - ويدخل فى ذلك: المشاركة ، والاصغاء ، وتشجيع المريض على الحديث وتقبله باهتمام دون نقد، وفهم المريض فى اطاره الاجتماعى والظروف البيئية المحيطة به حتى يستطيع تقديم خدمات علاجية مرتبطة بظروفه ، ويستطيع تشخيص حالته تشخيصا واقعيا .

٣ - احترام الذات وفهمها : فالأخصائى النفسى الاكلينيكى المؤثر هو الذى يستطيع أن يحقق التوازن بين ذاته وحاجاته من ناحية ، وطبيعة عمله الصعبة من ناحية أخرى - خاصة وأنه يتعامل مع حالات مرضية ومشكلات نفسية طويلة الوقت ، وأن يحقق الرضا الانفعالى النفسى بعيدا عن مشكلات عمله (ابراهيم : ١٩٨٨، ٣٢-٣٥)

اعداد الأخصائى الاكلينيكى:

إذا كان على المتخصص فى علم النفس الاكلينيكى أن يضطلع بمهمة الادلاء برأى فنى فى مشكلات السلوك والتوافق الانسانى المعقدة وهى مهمة بالغة الخطر والمسئولية - فمن المحتم أن يكون اعداده بحيث يلائم تحقيق ذلك الهدف ، والا كان خليفاً بأن يصيب نفسه وعميله ومهنته بأضرار لا حصر لها .. وبعبارة أخرى : من المحتم أن يكون اعداد المتخصص فى علم النفس الاكلينيكى - وبخاصة إذا كان يعمل " كمزاوئ عام" أو كاستشارى - على نحو يتضمن تزويده بعدة طرق ومناهج لتحليل طائفة متنوعة كبيرة من انحرافات السلوك وأن يرتبط اعداد وتدريب الأخصائيين النفسيين الاكلينيكيين - بطبيعة الحال - بالوظائف التى يؤدونها ، كما يرتبط بالعدد المطلوب منهم فى مجال الصحة النفسية، ومن ثم يحتاج الأخصائى الاكلينيكى الى اعداد مكثف فى الجانبين النظرى والتطبيقي:

الاعداد النظرى :

- ويتطلب احاطته بكافة فروع علم النفس - وخاصة :
- علم نفس النمو لأهميته فى خصائص المراحل النمائية المختلفة.
- علم النفس الاجتماعى : لأن عمل الاخصائى الاكلينيكى سيكون دائماً فى نطاق التفاعل المستمر مع الآخرين.
- علم الاحصاء والقياس والاختبارات : لأنهما شريان العمل التشخيصى.
- علم النفس الفسيولوجى وعلم الأعصاب : لما لهما من تأثيرات مباشرة فى فهم الأعراض المرضية.
- ثم علم النفس التجريبي ، وميكولوجية التعلم ، ومناهج البحث ، ونظريات الشخصية ، وعلم الأمراض النفسية والعقلية ، وعلم الوراثة ، وعلم النفس الصناعى والمهنى ، وميكولوجية المعوقين والفئات الخاصة ، وأساليب العلاج النفسى.

٢. الاعداد التطبيقية:

ويتضمن التدريب الميداني تحت اشراف أطباء متخصصين ، حيث يتخذ العمل عادة فكرة الفريق العيادي المؤلف عادة من الاخصائي الاكلينيكي، والطبيب ، والطبيب النفسي ، والممرضة النفسية ، والأخصائي الاجتماعي ، والمرشد المهني ، وكل من يساهم في عمليات التشخيص والعلاج.

وبالرغم من أن بعض الجامعات الأمريكية تؤكد في تدريبها للأخصائي النفسي الاكلينيكي على الممارسة الاكلينيكية وتقديم الخدمات ، ونقل من شأن البحث العلمي ، فإن هناك اتجاها قويا يرى أن الممارسة الاكلينيكية دون أن تسندها نتائج البحوث العلمية التجريبية قد تفتقد الى الكثير من الفاعلية وقد تكون مصدرا للضرر.

وقد واجهت الجامعات الأمريكية التعارض بين هذين التيارين : التيار الذي يرى تركيز التدريب على الممارسة الاكلينيكية ، والتيار الذي يرى تشجيع التدريب على البحث ومهارات المنهج - واجهته بأن ابتكرت نظاما آخر للدكتوراه في علم النفس يركز على تدريب الطالب على الممارسة في مجالات التشخيص والعلاج في المؤسسات الاكلينيكية المختلفة وتطلق على هذا النوع من الدكتوراه دكتور في علم النفس Psy D. وهو يختلف عن دكتوراه الفلسفة Ph D. التقليدية التي يركز الطالب فيها على البحث العلمي والأكاديمي (ابراهيم : ١٩٨٨ ، ٢٧)

ولقد انتهت مجموعة عمل من خبراء هيئة الصحة العالمية في اجتماعها ببولندا في شهر مايو ١٩٧٣ الى أن أسلوب التدريب والاعداد داخل نطاق العمل In Service training لم يعد يمثل الاعداد الملائم، وأن الأخصائيين النفسيين الاكلينيكيين في مختلف البلاد ينبغي أن يتلقوا تدريباً مهنيًا سليماً يمكن أن يقدم في شكل مقررات دراسية عليا لاحقة للدرجة الجامعية الأولى في علم النفس، على أن يكون برنامج هذه الدرجة مرنا وانتقائيا، وأن يكون المضمون والاتجاه مؤسسا على المعرفة

النظرية ، وعلى الخبرة العملية المتصلة بمشكلات البلد الذى يعمل فيه الأخصائى والمرحلة التى بلغها المجتمع فى التنمية.

وفيما يختص بالمكان الذى يقدم فيه التدريب - ترى مجموعة العمل أنه ينبغي أن يقدم فى الجامعة ، أما فريق تحصيل الخبرة العملية للدارسين (بما تشتمل عليه من صور للانضمام الى فريق عمل بضم مهنين آخرين)، فينبغى أن يقدم فى المستشفيات والمؤسسات الاجتماعية الأخرى .. وترى مجموعة عمل هيئة الصحة العالمية أنه ينبغي أن يعلن الدارسون على فهم ومعالجة قلقهم الشخصى والصعوبات التى يواجهونها فى إقامة علاقة علاجية مع المرضى .. وأن يكون المنهاج المتخصص فى علم النفس الاكلينيكي معادلا بصورة ما للمفردات الدراسية التى تؤهل للحصول على درجة الماجستير والتى تتطلب تدريباً بعد التخرج يتراوح بين عام واحد وعامين ، كما ينبغي عقد دورات دراسية لتجديد المعلومات المتصلة بالمجال ، وأن تتخذ التدابير اللازمة لاعادة التدريب بصورة دورية (درويش : ١٩٨٥ ، ٦٠-٦١)

دور الأخصائى النفسى الاكلينيكي:

يشير شاركو Sharkow الى أن هناك اتفاقاً نسبياً بين العلماء حول الدور الذى يضطلع به السيكولوجى الاكلينيكي والذى يجمع بين دوره بوصفه عالماً ودوره بوصفه ممارساً للمهنة وهو يحدد مجالات اهتمامات الأخصائى النفسى الاكلينيكي فيما يلى:

أولاً : جانب البحث العلمى:

فجانب البحث العلمى يمثل أحد الأدوار التى يضطلع بها السيكولوجى الاكلينيكي، وتكون البحوث التى يهتم بها مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بالمشكلات التطبيقية ، بما يودى فى النهاية الى فهم أفضل للمشكلات الاكلينيكية ، مركزة حول الاتجاه الديناميكي فى دراسة الشخصية - وهذا يتطلب من السيكولوجى الاكلينيكي بصيرة كافية بالطب النفسى والتحليل النفسى - وهو فى دراسته لتنظيم

الشخصية عليه أن يتخذ من دراسته حول مناهج علم النفس وحلقات البحث في مشكلات الممارسة الاكلينيكية وسيلة يستعين بها للوصول الى أعماق النفس البشرية والوقوف على العوامل المؤدية الى السلوك السوى أو المنحرف ، وتقرير مدى التحسن في الشخصية والتغير فيها في ظل ظروف علاجية مختلفة (فهيمى: ١٩٦٧، ٤١-٤٢)

ويحدد مكاي Mackay (١٩٧٥) خمسة أنماط عريضة من البحوث ذات الطابع الاكلينيكي هي :

- أ - اجراء التجارب السلوكية على الحيوانات بهدف الوصول الى فروض محددة عن الطبيعة البيولوجية الخاصة بالاضطرابات النفسية والعقلية.
- ب - التحقق من الفروض التى توضع عن طبيعة الاضطراب النفسى فى مختلف الجماعات والفئات المرضية.
- ج - التفحص والتدقيق العلمى فى دراسة أسباب الاضطرابات النفسية.
- د - الكشف عن العلامات التى تمكن من الحكم على امكانية شفاء مريض معين (Mackay, 1975)

وهكذا : يهتم السيكلوجيون الاكلينيكيون ببناء نظرية جديدة وأكثر ملاءمة عن الطبيعة الانسانية ، والتحقق من هذه النظرية الجديدة .. وعلى الرغم من أن البحث لا يستوعب نشاط جميع السيكلوجيين الاكلينيكيين، الا أنه يميز هذه المجموعة أكثر من غيرها من المجموعات التى تعمل فى ميدان الصحة النفسية (روتر : ١٩٨٤، ٢٦)

ثانيا : الجانب التطبيقي العلمى:

يتلخص دور الأخصائى النفسى الاكلينيكى فى الممارسة الاكلينيكية فى أربعة عمليات أساسية - هي :

- أ - التشخيص Diagnosis : فتشخيص الحالة عملية يستخدم فيها الأخصائى الاكلينيكي مختلف أدوات القياس وسائل الاختبارات المقننة الملائمة لأغراضه،

الى جانب الاختبارات الاسقاطية والملاحظات ، والمقابلات الشخصية، ودراسة الحالة ... وغيرها من وسائل الدراسة الشمولية للشخصية : للكشف عن بناء الشخصية وتركيبها وقدراتها واهتماماتها وميولها وقيمها ، أو ما قد تعاني منه من أعراض نفسية مرضية واضطرابات في السلوك .. وفى هذه العملية يتركز الاهتمام حول تحديد طبيعة المرض أو الاضطراب وذلك عن طريق دراسة أصوله ونشأته وخصائصه وتطوره (عباس : ١٩٨٣، ٤٧)، والعوامل المسببة ، الى جانب التعرف على مصدر الاضطراب ان كان عضويا أو وظيفيا ، ومسار هذا الاضطراب مستقبلا ، والمناهج العلاجية التى تصلح لهذا المريض .. ولهذا يفضل العلماء أن يستبدل مفهوم التشخيص بمفهوم التقييم النفسى للحالة بالمعنى العريض (ابراهيم : ١٩٨٨، ٢٦)

ب - العلاج : Therapy لم تصبح هذه الوظيفة جزءا من عمل الأخصائى النفسى الاكلينيكي الا بعد الحرب العالمية الثانية حيث بدأ الطلب يشهد على النشاطات ذات الطابع النفسى الاكلينيكي لمواجهة الاحتياجات النفسية الشديدة للمجندين والمصابين بعصاب الحرب.

ويتضمن العلاج النفسى معالجة المرضى النفسيين وجها لوجه لفترة من الزمن وتوجيه التوصيات للأباء أو المعلمين أو للمرضى أنفسهم مباشرة ، والقيام باحداث تغييرات فى الظروف المحيطة بالأفراد المودعين فى المؤسسات ، أو التوجيه باحداث هذه التغييرات وبعبارة أخرى : تتضمن هذه الطرق آية أساليب أو توصيات لزيادة توافق الفرد (روتر : ١٩٨٤، ٢٦) .. ومن ثم يستخدم الأخصائى النفسى الاكلينيكي أنسب أساليب العلاج النفسى Psychotherapy مثل : العلاج بالتحليل النفسى Psychoanalysis ، أو العلاج النفسى الموجه ، أو العلاج غير الموجه (الاستبصار)، أو العلاج السلوكى Behavior therapy ، أو العلاج المعرفى Conitive therapy أو العقلانى الانفعالى Rational emotional therapy، أو العلاج البيئى Milieu therapy ، أو العلاج باللعب ، أو بالعمل ، أو

بالسيكودراما .. ويتم العلاج إما فردياً أو علاجاً جماعياً... Group therapy الخ ،
ويلاحظ أن هناك تحولاً من المنحى البيولوجى Biological approach إلى
المنحى الاجتماعى النفسى. Sociopsychological approach

هذا - ويتوقف استخدام الأخصائى النفسى الاكلينيكى لأساليب العلاج على
مناهج اعداده وتدريبه العملى واتجاهه العملى - حيث أن التدريب على العلاج
النفسى يبدأ بمناهج نظرية وخبرات عملية داخل العمل ، وتدرج الى فترات
التدريب المتعمق داخل المؤسسات، والمدارس ، والمسجون ، وعيادات التوجيه
والارشاد النفسى، ومؤسسات التخلف العقلى وضعاف العقول، ومعاهد المكفوفين
والصم والمعوقين جسمياً، ومستشفيات الأمراض النفسية والعقلية تحت اشراف هيئة
من الأكاديميين والمهنيين الممارسين (عباس : ١٩٨٣، ٤٧)

جـ - الاستشارة وتقديم النصح : تعتبر وظيفة المستشار النفسى الاكلينيكى
من الوظائف الحديثة التى أخذت فى التطور .. ويميز الباحثون بين نوعين من
الاستشارة:

- الاستشارة الاكلينيكية التى يكون هدفها اعطاء النصح وتقديم المشورة فيما
يختص بالجوانب الاكلينيكية للحالة .. وقد تشمل هذه الوظيفة ان يقوم الأخصائى
نفسه باجراء عمليات التشخيص والعلاج أو يقتصر على اعطاء النصح للعاملين
الأخرين الأقل تدريباً اكلينيكياً بخصوص المناهج العلاجية التى تصلح للمريض
وأساليب معالجة المشاكل الطارئة فى حياة المريض.

- الاستشارة التى تتم بهدف انشاء البرامج الاكلينيكية ، العاملة وتقييمها:
وفى هذه الحالات لا تكون وظيفة الأخصائى النفسى محصورة فى الحالات الفردية
فقد يطلب مدير المستشفى مثلاً مشورة الأخصائى النفسى الاكلينيكى فيما يختص
بتقديره للمناهج الملائمة لادارة العنابر العلاجية وتدريب الممرضين والعاملين على
ضبط سلوك المرضى ، وقد يطلب مدير مدرسة مشورة الاكلينيكى المختص فى
تقييم الأساليب الدراسية التى يستخدمها المدرسون مع الطلاب للوصول الى أنجح

البرامج التي تضمن الكفاءة في العمل والتعليم - وفي مثل هاتين الحالتين يكون المستشار النفسي مهتما بقضايا اكلينيكية أعم من الحالات الفردية (ابراهيم : ١٩٨٨، ٢٨)

بالإضافة لذلك : يقدم الأخصائيون الاكلينيكيون استشاراتهم للأباء ، ومديرى الأعمال ، وجمعيات الآباء فى المدارس، والقادة الدينيين ، ورجال الأعمال، والمسؤولين فى المدن، كما أنهم يقدمون استشاراتهم فيما يتعلق بعملية التوظيف ، وفى النواحي الاقتصادية ، ويقومون بأوجه النشاط اللازمة والمتاحة فى المناطق المصابة بالكساد أو الأزمات (روتر : ١٩٨٤، ٢٨)

ويضاف الى الدور الاستشارى أيضا قيام الأخصائى النفسى الاكلينيكى بدور الموجه الطبى medical educator فى المجتمع . وتتجسد أبعاد هذا الدور فى ضرورة تناوله لمجموعة المشكلات الصحية ذات الخلفية السيكولوجية كتعاطى المخدرات drug abuse والأمراض التناسلية ، والجناح delinquency والتخلف العقلى mental retardation ، وعليه أن يبتكر الأساليب الملائمة للرعاية التى تقتضى الإقامة داخل المؤسسات ، وعليه أن يعلم المجتمع كيف يتبنى نهجهم اتجاها يتسم بمزيد من التسامح والمرونة (درويش : ١٩٨٥، ٥٦).

د - العمل الوقائى : **Prevention work** أكدت مجموعة العمل الخاصة بمنظمة الصحة العالمية بأن الأخصائى النفسى الاكلينيكى يمكن أن يلعب دورا فعالا فى العمل الوقائى من الاضطرابات النفسية - وذلك على النحو التالى:

- الوقاية فى المستوى الأول Primary prevention : حيث يكون عليه عبء القيام بمهمة صعبة هى تحسين نوعية الحياة بتعديل الظروف فى المؤسسات الاجتماعية بالطريقة التى تصبح معها الاصابات الاجتماعية والنفسية أقل ما تكون.

- الوقاية من الدرجة الثانية Secondary Prevention : حيث تشمل مهمة الأخصائى النفسى الاكلينيكى اكتشاف المجموعات البشرية المعرضة

للمرض النفسى، والبحث عن الأسر والأفراد المحتاجين الى العون ،
وهذه مهمة ينبغي أن ينهض بها الأخصائى النفسى الاكلينيكى نحوهم قبل
أن تؤدى بهم الضغوط التى يتعرضون لها الى مرض خطير.
- الوقاية من الدرجة الثالثة : tertiary Pervention : ويكون الهدف منها هو
توقى الانتكاس والحيلولة دون ازمان Chronocity المرض، وتقليل
دواعى البقاء بالمستشفى لوقت طويل (درويش: ١٩٨٥، ٥٥)

مجالات عمل الأخصائى النفسى الاكلينيكى:

لا يقتصر العمل الاكلينيكى على مساعدة المرضى داخل العيادات
والمستشفيات فقط ، وإنما يمتد بالتشخيص والعلاج والتوجيه والارشاد الى
المؤسسات التربوية والمهنية والاصلاحية ، والى ميادين العمل وميادين الخدمات
الاجتماعية .. وهناك اتجاه جديد فى الوقت الحاضر - هو أن تنتقل مجالات الطب
النفسى والممارسة الاكلينيكية من المستشفى الى المجتمع ، أى أن مكان أخصائى
علم النفس الاكلينيكى هو العمل الخاص اليومى أو العيادات فى المجتمع (هوفمان:
١٩٧٢، ١٢٢).. ويمكن أن نحدد مجالات العمل الاكلينيكى فى الآتى:

١- العمل فى العيادات أو المستشفيات الخاصة بالأمراض النفسية والعقلية:
ومنهما العيادات النفسية الخارجية ، والعيادات المدرسية ، والعيادات العسكرية...
وتكون مهمة الأخصائى الاكلينيكى هنا هى القيام بتشخيص الاضطراب النفسى أو
العقلى ، وعلاج هذه الحالات بالتعاون مع المختص فى هذا المجال كالطبيب النفسى
والمحلل النفسى..

٢ - العمل فى مجالات التوجيه النفسى والتربوى والمهنى فى المدارس
والجامعات: ويرجع هذا المجال الى التطور المتواصل الذى أحرزه علم النفس
الاكلينيكى فى تصميم الاختبارات النفسية للكفاء والقدرات والتحصيل والميول
...الخ مما دفع الأخصائى النفسى الاكلينيكى الى الاهتمام بتوجيه الأفراد للاختيار
للمناسب: دراسيا أو مهنيا بما يلائم امكانياتهم وقدراتهم على ضوء ما تكشف عنه

نتائج الاختبارات والمقاييس .. فالأخصائى الاكلينيكى يؤدى هنا عمليتى التشخيص والتوجيه أو الارشاد.

٣- العمل فى المؤسسات الإصلاحية : كالمجون ، ومؤسسات الأحداث الجانحين، ومؤسسات علاج الانمان على الكحول والخمور والمخدرات .. فقد أصبحت هذه المؤسسات تعتمد اعتمادا كبيرا على الأخصائى الاكلينيكى فى دراسة الحالات واجراء المقابلات معهم لمعرفة دوافعهم ، فهم مشكلاتهم ، وأنواع الصراعات التى يعانون منها ، ويقوم الأخصائى بكتابة التقارير الخاصة بتلك الحالات ، مع تقديم الاقتراحات والتوصيات التى تساعد فى توجيه هذه الفئات الجانحة والعمل على توافقهم الشخصى والاجتماعى مع مواقف الحياة الواقعية.

٤- العمل فى مجالات العمل والعمال : فدور الأخصائى الاكلينيكى فى ميادين العمل هام جدا - فقد أصبحت مجالات الصناعة والانتاج تستعين بالأخصائيين النفسيين الاكلينيكيين للقيام بشئون التوجيه والارشاد النفسى للعمال والموظفين من أجل صحة نفسية أفضل و طاقة أكبر على العمل والانتاج ، حيث يقوم الأخصائى النفسى بدراسة الظروف المادية داخل مكان العمل نفسه ومالها من آثار نفسية على العامل وعلى انتاجية العمل ، كما يكشف أيضا عن الدوافع النفسية للعمل وتأثيرها عليهم من حيث التعب والملل والارهاق وتعرضهم لحوادث العمل ، وزيادة نسبة التغيب والمرض أو التمارض ولهذا يقدم الأخصائى الاقتراحات المناسبة لتلك الظواهر من أجل حلها ، مع اعداد برامج ترفيهية ومكافآت مادية معنوية للعمل.

٥- العمل فى مراكز البحوث : أى التأكيد على قضايا البحث والمعرفة، والاطلاع على أهم مناهج الدراسات الانسانية : التربوية والاجتماعية والميكولوجية، لان أعمال الأخصائى الاكلينيكى هى دائما على اتصال مستمر ومتفاعل مع الآخرين - وبخاصة فى ضوء التطورات العلمية الحديثة فى علم النفس الاكلينيكى وتطور برامج الصحة النفسية (عيسوى : ١٩٨٠ ، ٢٦٠٢٥)

وهكذا نجد أن مجالات عمل الأخصائي النفسى الاكلينيكى فى جميع الحالات تنحصر فى تشخيص اضطرابات الأفراد النفسية والعقلية، ويقوم بوضع خطة العلاج.. والحقيقة أن اتساع العمل للأخصائى النفسى الاكلينيكى جاء مصاحباً لاتساع دوره بحيث أصبح لا يقتصر على المشكلات العقلية والاضطرابات ، ولكن امتد ليشمل أى ميدان يوجد فيه اهتمام بالامكانيات البشرية من أجل دفعها الى الأمام والى مزيد من الصحة والفاعلية والإنتاج.

أخلاقيات العمل الاكلينيكى

لكل مهنة أخلاقيات ومواثيق تحكم العمل وشروطه لابد أن يلتزم بها جميع الممارسين لأنشطتها.. ولقد أسفر العمل المشترك لكل من الجمعية المصرية للدراسات النفسية ورابطة الأخصائيين النفسيين المصرية على صدور الميثاق الأخلاقى للمشتغلين بعلم النفس فى مصر فى عام ١٩٩٥ - والذى تضمن ثمان جوانب أساسية هى :

أولاً : المبادئ العامة:

وتركز على ضرورة :

- ١ - التزام الأخصائى النفسى بمظهره العام ، والسلوك الحميد والآداب العامة.
- ٢ - الالتزام بصالح العميل وعدم الاضرار به.
- ٣ - الالتزام بمراعاة الصالح العام والشرائع السماوية والدستور والقانون.
- ٤ - التحرر من كل أشكال التعصب.
- ٥ - احترام حقوق الآخرين وحريتهم فى اعتناق ما يرونه من قيم واتجاهات.
- ٦ - العلاقة الموضوعية مع العميل التى تقوم على الصدق، وعدم الخداع أو الاستفادة المادية أو المعنوية الا فى حدود الأجر المتفق عليه والذى يكون معقولا بعيدا عن الاستغلال والابتزاز.

٧ - ألا يقيم الأخصائى علاقة شخصية مع العميل يشوبها الاستغلال الجنسى أو المادى أو النفعى.

٨ - مضارحة العميل بحدود إمكاناته دون مبالغة أو خداع.

٩ - ألا يستخدم أدوات أو طرق أو فنيات لاجبيدها أو لاطمئن لصلاحياتها.

١٠ - ألا يستخدم أجهزة تسجيل الا بعد استئذان العميل وموافقه.

١١ - اعتبار أسرار العميل وبياناته الشخصية أمانه لا يطلع عليها الا من تقتضى مصلحة المريض الاطلاع عليها من أعضاء الفريق الاكلينيكى أو الآباء أو الرؤساء.

١٢ - اذا كلف الأخصائى أحد مساعديه للتعامل مع العميل فيكون هو المسئول مسئولية كاملة عن العميل وعن المساعدين.

١٣ - أن يوثق الأخصائى عمله بدقة تمكن أى أخصائى آخر استكماله عند الضرورة.

١٤ - عدم الاقصاح عن أسماء أو أوصاف الحالات التى يبحثها أو يعالجها منعاً للخرج أو استغلال البيانات المنشورة ضدهم.

١٥ - عندما يقوم الأخصائى النفسى بعمليات التقويم أو التشخيص أو التدخل العلاجى عليه أن يعتمد على أدلة تدعم صحتها كالمقاييس والمقابلات، وألا يقدم نتائج تقاريره الا للجهات المعنية بالعلاج وعدا ذلك لا بد أن يكون بأمر قضائى صريح.

١٦ - أن تكون تصرفات الأخصائى النفسى فى الاتجاه الذى يرفع من قيمة المهنة واحترام المجتمع وتقديره لها.

ثانيا : القياس النفسى:

١ - أن يقتصر اعداد واستخدام الاختبارات النفسية على الأخصائى النفسى فقط ويحظر تداولها أو بيعها لغير الجهات المعنية.

٢ - يقتصر اعداد الاختبارات النفسية على الحاصلين على درجة الماجستير على الأقل أو من لا تقل خبرته فى ميدان القياس النفسى عن عشر سنوات على الأقل.

٣ - لاكتشر المقاييس الا مصحوبة بكراسة التعليمات التى تتضمن تعليماته ومعايير.

٤ - يحظر نشر أسماء المفحوضين أو استجاباتهم بصورة مباشرة.

٥ - الحرص على جودة طباعة الاختبارات النفسية عند نشرها.

٦ - يحظر نشر أية فقرات أو أجزاء من الاختبارات باستثناء المواقف الأكاديمية أو التدريبية.

٧ - يجب أن يحرص الأخصائى النفسى على مراجعة الاختبار الذى يستخدمه ويتدرب عليه ويجربه بطريقة استطلاعية قبل تطبيقه بغرض علمى أو عملى.

٨ - ضرورة موافقة العميل أو ولى أمره على تطبيق الاختبارات عليه دون ضغط أو اجبار.

٩ - يحتل الأخصائى النفسى المسئولية الاولى عن حسن تطبيق وتفسير أدوات القياس ويتحمل مسئولية ما جاء بتقريره.

١٠ - يتحمل الأخصائى النفسى أمانة ابلاغ العميل عند طلبه بنتائج ماطبق عليه من اختبارات فى حدود عدم الاضرار بصحته النفسية أو تقديره لذاته.

١١ - لايجوز تطبيق الاختبارات النفسية أو أن يصححها الا المتخصص الذى حصل على تدريب كاف .

ثالثا : أخلاقيات البحوث والتجارب:

١- أن يبتعد الأخصائى النفسى عن توجيه أهداف البحث لأغراض خاصة أو للدعاية .. وأن يتوقف عن الدراسة اذا ظهر احتمال وقوع أضرار نفسية أو اجتماعية أو جسمية بسببها.

٢ - أن يحرص الأخصائى النفسى على أخذ مواقف المبحوثين وأن يحرص على عدم استخدام سلطاته أو نفوذه أو الضغط عليهم للاستمرار فى الدراسة ولايلجأ الى خداعهم إلا اذا كان لذلك فائدة علمية أو تطبيقية أو تربوية وأن يتولى الشرح الكامل للإجراءات بعد انتهاء الغرض من الخداع.

٣ - يحرص الأخصائى النفسى عند التجريب على الحيوان على تقليل الألم أو العذاب الذى قد يتعرض له الى أقل درجة ممكنة.

٤ - أن يوجه الأخصائى النفسى الشكر للمبحوثين فى تقريره النهائى.

٥ - الحرص على توثيق معلومات البحث ، والاشارة الى المؤلفات السيكلوجية بدقة وألا يحجب الأخصائى النفسى البيانات الأصلية للدراسة عن أى باحث يطلبها لاعادة تحليلها أو إجراء تحليل تال عليها.

رابعاً : أخلاقيات التشخيص والعلاج :

١ - أن يتقبل الأخصائى النفسى الاكلينيكي العميل كما هو دون ابداء نقد أو تعنيف أو انفعال أو انزعاج أو استنكار لما يصدر منه.

٢ - قبل العلاج : يجب أن يناقش الأخصائى النفسى العميل فى طبيعة البرنامج العلاجى والأجر، وطريقة الدفع - مع اخباره بحدود امكانيات العمل الاكلينيكي الذى يمارسه من تشخيص أو ارشاد أو علاج دون مبالغة..

٣ - يحصل الأخصائى النفسى المشارك فى العلاج على اخطار كتابى بموافقة العميل على كافة الاجراءات العلاجية والمقابل المادى.

٤ - أن يتأكد الأخصائى النفسى من خلو العميل من أى مرض جسمى او ذهنى عضوى قبل قبوله للعلاج وفى حالة الشك يجب الاستعانة بالاطباء والمتخصصين.

٥ - فى حالة العلاج الأسرى الجماعى على الأخصائى أن يحاول التوفيق بين العلاقات الأسرية بما يعيدها الى طبيعتها.

- ٦ - أن يحرص على إنهاء العلاقة المهنية العلاجية مع العميل اذا تبين أنها حققت أهدافها أو اذا شعر أن استمرارها لن يفيد العميل، أو ينصحه بطلب العلاج من جهة أخرى مع تقديم كافة التسهيلات للجهة البديلة.
- ٧ - على الأخصائى النفسى الاكلينيكى أن يتعاون بأقصى ما يستطيع مع زملائه من التخصصات المختلفة في فريق العلاج لتحقيق أفضل ما يمكن تقديمه من خدمة للعميل.
- ٨ - أن يقتصر تسجيل المعلومات عن المريض على الهدف العلاجى وفى حدوده فقط، ولايتجاوز ذلك الى معلومات لاتفيد عملية العلاج، وذلك للتقليل من انتهاك الخصوصية.

خامسا : أخلاقيات التدريس والتدريب :

- ١ - أن يبذل الأخصائى النفسى كل ما يستطيع لاعداد وتدريب المتخصصين الجدد، وأن يحرص على تحديث مادته التدريسية وفق أحدث النظريات والأساليب العلمية وأن نقى بأهداف المقرر المطلوب.
- ٢ - أن يتجنب الأخصائى النفسى القائم بالتدريب أو التدريس استخدام السلطة التى لديه على المتدربين أو الطلاب لممارسة سلوك ينتج عنه اهانتهم أو الحط عن قدرهم.
- ٣ - لايجوز تدريب أشخاص على استخدام أساليب تحتاج الى ترخيص كالتتويم المغناطيسى أو الطرق الاسقاطية أو الطرق الميكوفسيولوجية مالم يكن لدى المتدربين الاعداد والتأهيل الخاص بذلك.
- ٤ - يجب أن يترفع الأخصائى النفسى المشتغل بالتدريس عن التصرفات التى نسيئ اليه أخلاقيا ، واحترام جدية المحاضرة وخصوصيتها، كما يترفع عن قبول أى مقابل مادى أو معنوى يقدمه الطلاب.

٥ - التزام الأخصائى النفسى بالاجابة عن أسئلة الطلاب واستفساراتهم داخل أو خارج المحاضرة، وعدم التعصب لكلية أو قسم ، وأن يحرص على ايجاد التكامل بين تخصصه والتخصصات الأكاديمية الأخرى وأن يلتزم فى تحكيم البحوث التى تعرض عليه بالمعايير الموضوعية واحترام سرية البحث.

سادسا : العمل فى المؤسسات الانتاجية والمهنية :

- ١ - أن يحرص الأخصائى النفسى فى وضع كل شخص فى المكان المناسب من حيث امكانياته واستعداداته ومؤهلاته وخبراته وسمات شخصيته مستعينا فى ذلك بأساليب الاختبار والتوجيه والتأهيل والتدريب المهنى.
- ٢ - أن يحرص على تدعيم ايجابيات المؤسسة والسعى لتحقيق صالحها والحفاظ على أسرارها.

سابعا : الاعلام والاعلان والشهادة :

- ١ - أن يحرص الأخصائى النفسى على تجنب الوقوع فى يد الغير كأداة لتبرئة المدان أو لادانة البرئ ، أو للحز على السوى أو للإيداع فى مصحات نفسية عندما يطلب رأيه فى ذلك سواء من السلطة أو القضاء.
- ٢ - أن يتحمل مسئولياته المهنية والأخلاقية فيما يتعلق بالبرامج الدعائية أو الاعلامية . وأن يقاوم ما ينشر أو يذاع من بيانات أو أفكار سيكولوجية غير دقيقة، ويحاول مع زملائه التعاون فى تصحيحها كما يحاول الابتعاد عن كل ما يثير الشبهات فيما يتعلق بالممارسات النفسية - وألا يشارك فى أحاديث أو مناقشات عامة الا فى حدود تخصصه وأبحاثه واهتماماته.

ثامنا : حول تطبيق الميثاق:

- ١ - يجب أن يكون الأخصائى النفسى ملما بهذا الميثاق الأخلاقى وأن ينشر بين جميع الأخصائيين.

- ٢ - فى حالة انتهاك الأخصائى النفسى أحد بنود هذا الميثاق فيجب لفت نظره بشكل ودى أو بصورة تضمن حته على علاج الآثار السلبية لهذا الانتهاك ، أو ابلاغ لجنة المراقبة الأخلاقية فى الجمعية المصرية للدراسات النفسية أو رابطة الأخصائيين النفسيين للتحقيق ، والتوجيه باتخاذ الاجراءات المناسبة.
- ٣ - يجب أن تتم مراجعة بنود هذا الميثاق كلما دعت الضرورة لذلك.

الفصل الرابع

التشخيص الاكلينيكي

مفهوم التشخيص :

اشتقت كلمة تشخيص Diagnosis من أصل اغريقي يعنى الفهم الكامل Understanding .. Thorough وقد دخلت كلمة التشخيص الى الميدان الاكلينيكي من العلوم الطبية حين كان الاتجاه الطبى سائدا - وبقي مستخدما بعد ذلك رغم محاولات البعض استخدام مصطلحات جديدة منها التقويم والتقدير - ويقصد بها فحص الأعراض المرضية Symptoms ، واستنتاج الأسباب ، وتجميع الملاحظات فى صورة متكاملة ، ثم نسبتها الى مرض معين (محدد) (ياسين: ١٩٨٨، ١٠٤). فالتشخيص من المنظور الطبى هو : "عملية فهم المريض ، وبيان العلاقة بين الأعراض فى زملة مرضية" ، ولهذا : فانه كثيرا ما يعنى التصنيف - أى تسمية الأعراض ووضعها ضمن فئة مرضية. والتسمية : هى مجموع الأسماء أو التشخيصات أو العناوين التى تطلق على الأفراد أو على مجموعات منهم للإشارة الى أنهم يشتركون فى خصائص هامة لها دلالتها بالنسبة لما يعانون من أمراض - وتتضمن التسمية تعريفا أو وصفا للمصطلح يشمل الأعراض وزملائها وتجمعات هذه الاضطرابات (مليكه : ١٩٨٠ ، ٥١) . وبذلك : يصبح المقصود بالتشخيص فى الطب : معرفة كم وكيف المرض الذى يعانى منه المريض ، وذلك عن طريق فحص الأعراض واستنتاج الأسباب وجمع الملاحظات وتكاملها ووضعها فى فئة معينة ، ثم اطلاق اسم مرض معين على نوعية الأعراض.

والتشخيص فى الطب العقلى وفى علم النفس عملية مشابهة حيث يمكن استنتاج الأسباب ووضع اسم معين على كل مجموعة مترابطة من الأعراض كأن نقول فصام، أو تأخر عقلى، أو حالة حصر - ولكن لا يوجد تحديد قاطع كما هو فى الطب - حيث توجد أسباب محددة للأمراض (كالدفترية والجلطة الدموية) - لذلك

لا بد وأن يسبق العلاج عدة تشخيصات ... وفي المجالات الميكولوجية فإن عملية التشخيص تأخذ معان عدة .. ففي علم النفس الاكلينيكي اذا كان الهدف الأول هو مساعدة الفرد على تعديل سلوكه بحيث يصبح أكثر ارضاء له أو أحظى بقبول المجتمع فإنه لتحقيق ذلك لابد من فهم مشكلته السلوكية فهما يلتم بتفصيلاتها النوعية ، ويمكن من الوصول الى معرفة العوامل الهامة في العملية (أى العوامل المسببة) التى أدت الى ذلك السلوك .. ومن ثم : فإن بحث مالىد الفرد من مشكلات سلوكية، وما ينطوى عليه البحث من وصف غير مميز للسلوك ، ونكر للحقائق ذات الدلالة فى تاريخ خبراته وحياته ، وبيان لحالته البدنية والعقلية ، وغير ذلك من البيانات المناسبة لتؤلف كلها ميدان للتشخيص النفسى (واطسن : ١٩٦٩ ، ٦٣٥) .. وتصبح عملية التشخيص " وصف مشكلات الشخص وحالته الحاضرة أو الأسباب المحتملة لمشكلاته أو الأساليب المحتملة فى الارشاد أو العلاج النفسى اللازمة لحل المشكلة أو التنبؤ بنتائجها ، والتنبؤ بسلوك المريض فى المستقبل ، كما يتضمن مسحا لمظاهر القوة فى العمل ..(العيسوى : ١٩٧٥ ، ٢٢٦).

كما يقصد بالتشخيص التقييم العلمى الشامل لحالة مرضية محددة ، ويتضمن المعلومات والأعراض بنوعها (الكمى والكيفى) ، ويتم بوسائل متعددة منها : الاختبارات المقننة وغير المقننة ، والمقابلات، ودراسة الحالات ، والملاحظة ، والسجل المدرسى ، والظروف العائلية ، والسجل الطبى ، والتقييم العصبى - ويشير بدقة الى أسباب العلة المباشرة وغير المباشرة .. ويقوم التشخيص بتحديد مكان العلة وطبيعتها ونوعها وحجمها ودرجة حدتها دون الاكتفاء فقط بوصف الأعراض المرضية السطحية ، ويهيئ السبيل لتخطيط برنامج علاجى قابل للتطبيق وتنفيذه ومتابعته وتقويمه ويتضمن القيام بالتنبؤات المستقبلية وعمل الافتراضات المتوقعة (ياسين: ١٩٨٦ ، ١٠٤-١٠٥)

ويعرف زهران (١٩٨٠) التشخيص بأنه " تحديد المشكلة والتعرف على الاضطراب أو للمرض وتعيينه وتسميته ، وهو يقوم على أساس نتائج عملية

الفحص وجمع المعلومات (زهران: ١٩٨٠، ٢٤١) - ويرى : بأن التشخيص هو الفن أو السبيل الذى يتسنى به التعرف على أصل وطبيعة ونوع المرض ، والتعرف على ديناميات شخصية المريض وأسباب وأعراض مرضه" (زهران: ١٩٧٤، ١٧٣).

أهداف التشخيص :

الأهداف العامة :

تتعدد الأهداف العامة للتشخيص الاكلينيكي وتتوزع فتشمل ما يلى :

- ١ - تحديد العوامل المسببة للاضطراب.
- ٢ - التمييز بين الاضطراب العضوى والوظيفى.
- ٣ - الكشف عن الاستجابة للاضطراب.
- ٤ - تقييم درجة العجز العضوى والوظيفى.
- ٥ - تقدير درجة الاضطراب فى مداها وعمقها.
- ٦ - التنبؤ بالمسار المحتمل للاضطراب.
- ٧ - تحديد الأساس العلمى لتصنيف البيانات وتحليلها.
- ٨ - التنبؤ بالمسار المحتمل للاضطراب.
- ٩ - تكوين فرض دينامى يتصل بطبيعة العملية الباثولوجية ومكوناتها.
- ١٠ - تحديد الأسس التى يبنى عليها اختيار منهج علاجى معين (ملكية: ١٩٨٠، ٤٨)

وعلى هذا:

فان عملية التشخيص تهدف الى تكوين صورة واضحة عن المفحوص موضوع الدراسة ، بقصد تقديم المساعدة أو الخدمة النفسية ، ووضع برنامج علاجى بشأن الحالة المشخصة - أى أن للتشخيص هدفين فرعيين :

هدف علمى

عبارة عن تجميع كومة من التشخيصات الجزئية المتناثرة ، بحيث تتكامل هذه التشخيصات الجزئية ضمن النظرة الكلية العامة (الطبيب: ١٩٨٠، ٣٧). أى معرفة العمليات المرضية ونوع الاضطراب العضوى أو الوظيفى - إذ أن الأعراض تشير دائما الى خلل فى التكوين النفسى أو الجسمى للفرد (زهران: ١٩٧٤، ١٧٣)

هدف عملى :

هدف التشخيص من الناحية العملية تقديم فرض للعمل (علاج أو نصائح ...الخ)، حيث يزود السيكولوجى بقاعدة للعلاج أو الارشاد (الطبيب : ١٩٨٠، ٣٧)، أو الحصول على أساس لتحديد اجراءات وطرق العلاج أو الارشاد التى تناسب المشكلة أو الاضطراب وشخصية العميل (المريض) ، وهو بهذا يوفر الوقت والجهد ، ويساعد فى تركيز الاهتمام على المشكلة بعد تحديدها (زهران: ١٩٨٠، ٢٤١)

وبذلك : فان التشخيص ليس مجرد تقدير درجات للاختبار ، أو تحديد درجة لقدرة من قدرات الفرد ، بل أنه الفهم النفسى العميق لامكانات الفرد وتوافقته السلوكى، ويناقش الاختصاصى النفسى فيه طبيعة المرض، وبناء الطابع الخلقى للمريض، ومدى قوة أو ضعف ميكانيزمات الأنا ، وأنماطه الخاصة فى التوافق، وللتنبؤ بالمسار المحتمل للمرض وامكانية العلاج ... الخ وهو يعتمد على الرؤية الصحيحة لدرجات السمات النفسية التى توضع فى الصفحة النفسية للمريض (البروفيل) Profil.

أهمية التشخيص الاكلينيكي:

ترجع أهمية التشخيص الاكلينيكي الى أنه :

- عن طريق التشخيص يمكن تحديد نوع مشكلة الفرد واضطرابه ، ومدى أهميته ، وخطورة المشكلة ، وما اذا كان ما يعانى منه مجرد عرض منفرد أم زملة

أعراض تدل على اضطراب محدد، أو مرض يستدعي إحالته الى العلاج النفسى أو الطبى فى مستشفى للأمراض النفسية.

- عن طريق التشخيص المبكر تكون فرصة العلاج أفضل : فهناك بعض المشكلات قد تظل مستترة أو غير ظاهرة أو ينالها الانكار والتجاهل، أو تظل بعيدة عن التشخيص المبكر حتى تتفاقم آثارها ويصبح علاجها مكلفا وطويل المدى ، وأحيانا صعبا أو مستعصيا .. وهذا يؤكد ضرورة التعاون الكامل بين الوالدين والمربين وعيادة أو مركز الارشاد أو العلاج النفسى حتى تتكشف المشكلات وتشخص الاضطرابات فى وقت مبكر بحيث يمكن اتخاذ الاجراءات الارشادية والعلاجية المناسبة فى الوقت المناسب (زهران: ١٩٨٠، ٢٤٢)

أشكال التشخيص:

تأخذ عملية التشخيص شكلين أساسيين هما : الشكل التصنيفى ، والشكل الديناميكي..

أولا - الشكل التصنيفى :

التصنيف : Classification هو عملية تنظيم ذات تقسيم نوعى يفرز بها الأخصائى الأعراض أو الأمراض الى أصناف ومجموعات ، وتصنيف الحالات الى أنواع متشابهة ، والأفراد المرضى الى مستويات محددة أو درجات مرضية .. ومن ثم : فان التشخيص التصنيفى عبارة عن خلق لنظام يندرج فيه الأفراد ضمن فئة محددة من حيث درجة المرض أو نوعه .. فلقد اعتاد الكثيرون على أن ينظروا الى التشخيص على أنه عملية يحاول الأخصائى عن طريقها الى التوصل الى تسمية مناسبة أو تصنيف مناسب للمرض أو لمشكلة العميل. (ملبكة: ٥١، ١٩٨٠)

وجدير بالذكر : أنه لايمكن أن يقوم الأخصائى النفسى الاكلينيكي بتصنيف أعراض المريض دون أن توجد لديه قائمة متفق عليها بأسماء الأمراض التى يمثل كل اسم منها مرضا واحدا فقط - تسمى قائمة "المسميات" .. وينبغى تقسيم هذه

التسميات الى مجموعات بناء على معايير محددة بحيث تجمع الأمراض ذات الخصائص المشتركة في أقسام . وعملية التجميع هذه تسمى تصنيفا ، أما طبيعة المعايير التي تتكون على أساسها الأقسام فتعتمد على الغرض من التصنيف ، فليس ثمة طراز واحد من التصنيف يناسب جميع الأمراض ، ولا يمكن استخدام تصنيف للأمراض استخداما م رضيا ما لم يوجد معنى للاسم المكون له ، فشرح المصطلحات Glossary يتطلب مجموعة من الأوصاف (منظمة الصحة العالمية : ١٩٨٢ ، ١٠-١١)

ولقد تنوعت قوائم التصنيف ونظمه ، واختلفت مصطلحات هذه القوائم ومسمياتها .. ولعل أشهر قوائم التصنيف تلك التي وردت في الدليل الذي نشرته لجنة المسميات والاحصائيات التابعة للجمعية الأمريكية للطب النفسي (١٩٦٥) ويحمل اسم الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات العقلية Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders المعروف اختصارا باسم (DSM) وتعديلاته التي وصلت الان الى التعديل الرابع (١٩٩٤) .. ومن هذه القوائم التصنيفية أيضا : تصنيف منظمة الصحة العالمية الذي تضمن التصنيف الدولي للاضطرابات العقلية

Mental Disorders Glossary and guide to their Classification(The International Classification of Diseases).

وقد جاء دليل تشخيص الأمراض النفسية للجمعية المصرية للطب النفسي (١٩٧٩) ، متضمنا قائمة بستة عشر فئة من الفئات التشخيصية - هي :

١ - التخلف العقلي:

صفر التخلف العقلي البيني.

١/ التخلف العقلي الخفيف.

٢/ التخلف العقلي المتوسط.

٣/ التخلف العقلي الشديد.

٤/ التخلف العقلي الجسيم.

٥/ التخلف العقلى غير المعين. Unspecified.

وقد صنفت الفئات الفرعية الأصغر للتخلف العقلى بحسب السبب المسئول،
على النحو التالى:

صفر : عقب عدوى أو تممم.

٢: مع اضطرابات الأيض والغدد الصماء والتغذية.

٣: المقترن بمرض مخى جسيم (عقب الولادة).

٤: المقترن بتشوهات خلقية فى الرأس أو المخ من قبل الولادة.

٥: مع اضطراب كروموزومى.

٦: المقترن بالابتنسار.

٧: عقب اضطراب طيب نفسى جسيم.

٨: مع حرمان نفسى اجتماعى (بيئى)

٩: مع حالات أخرى ، وحالات غير معينة كالصرع.

٢- الذهانات المقترنة بالزملات العضوية المخية

/صفر عتة الشيوخوخة وما قبل الشيوخوخة.

/١/ للذهان المقترن بالعدوى داخل الرأس:

/١١/ للخذل العام (الجنون الشللى العام).

/٢١/ الذهان مع عدوى زهرية أخرى للجهاز العصبى المركزى.

/٣١/ الذهان مع التهاب المخ الفيروسى.

/٤١/ الذهان مع التهابات مخية أخرى غير معينة.

/٢/ الذهان مع أنواع أخرى من العدوى داخل الرأس.

/١٢/ الذهان المقترن بحالات مخية أخرى:

/٢٢/ الذهان مع تصلب شرايين المخ.

/٣٢/ الذهان مع اضطرابات أخرى فى الدورة الدموية المخية.

/٤٢/ الذهان مع أورام داخل الرأس.

/٣٢/ الذهان مع أمراض ضمور الجهاز العصبى المركزى.

/ ٤٢ الذهان مع اصابات المخ.

/ ٣ الذهان ، المقترن بحالات جسمية عامة:

/ ٣ الذهان مع اضطرابات الغدد الصماء.

/ ١٣ الذهان مع اضطرابات الأيض أو التغذية.

/ ٢٣ الذهان مع عدوى جسمية عامة.

/ ٣٣ الذهان مع تسمم بالعقاقير أو السموم.

/ ٤٣ الذهان مع الحمل.

/ ٥٣ الذهان مع الولادة.

٣. الحالات غير الذهانية المقترنة بالزملات العضوية المخية.

صفر/ الحالات غير الذهانية مع العدوى داخل الرأس.

١/ الحالات غير الذهانية مع التسمم بالعقاقير أو السموم أو التسمم

الداخلي العام.

/ ٢ الحالات غير الذهانية مع اصابات فى المخ.

/ ٣ الحالات غير الذهانية مع اضطرابات الدورة الدموية.

/ ٤ الحالات غير الذهانية مع اضطرابات الأيض والتغذية.

/ ٥ الحالات غير الذهانية مع عتة الشيخوخة أو عتة ما قبل الشيخوخة.

/ ٦ الحالات غير الذهانية مع الأورام داخل الرأس.

/ ٧ الحالات غير الذهانية مع أمراض ضمور الجهاز العصبى المركزى.

/ ٨ الحالات غير الذهانية الأخرى وغير المعينة.

٤- الاضطرابات الطب نفسية للصرع :

صفر/ للنوبات الطب نفسية مع الصرع.

١/ اضطرابات الشخصية والطباع للصرعيين.

/ ٢ الذهان الصرعى.

/ ٣ للعتة الصرعى.

/ ٤ حالات أخرى.

٥ / الاعتماد على العقاقير ، والكحولية ، والذهانات الكحولية:

صفر الاعتماد على العقاقير:

صفر صفر / الاعتياد البسيط.

صفر ١ / الامان.

١ / الكحولية:

١ / صفر الكحولية المزمنة البسيطة.

١١ / الانغماس الكحولى المنقطع.

٢١ / الامان للكحولى

٢ / الذهانات الكحولية:

٢ / صفر الهذيان Delirium الارتعاشى.

١٢ / ذهان كورساكوف.

٢٢ / الخيلولة Hallucinosi الكحولية.

٣٢ / حالات الكحولية البارانونية.

٣ / حالات أخرى مقترنة بالاعتماد على العقاقير.

٤ / اضطرابات كحولية أخرى.

٦ - أمراض الهوس والاكتئاب:

صفر مرض الهوس والاكتئاب النوع الاكتئابى.

١ / مرض الهوس والاكتئاب النوع الهوسى.

٢ / مرض الهوس والاكتئاب النوع الدائرى.

٣ / مرض الهوس والاكتئاب النوع المختلط.

٤ / السوءاء الارتدالية.

٥ / المرض الاكتئابى الذى لم يتعين فى مواضع أخرى.

٦ / المرض الهوسى الذى لم يتعين فى مواضع أخرى.

٧ / أخرى.

٧ - الفصام :

/ صفر الفصام : النوبة الحادة غير المتميزة.

/ ١ الفصام : الاستهلاكي.

/ ٢ الفصام : للفصام الوجداني.

/ ٢ صفر الهوسي

/ ٢ ١ الاكتابي.

/ ٣ الفصام : البارانوي

/ ٤ الفصام : الكتانوي

/ ٤ صفر المتهيج.

/ ٤ ١ المنسحب.

/ ٥ الفصام : الهيفريني.

/ ٦ الفصام : البسيط.

/ ٧ الفصام : المزمن غير المتميز.

/ ٨ الفصام : المتبقى.

/ ٩ الفصام : أنواع أخرى.

٨ حالات البارانويا:

/ صفر نوبة البارانويا الحادة أو التحت حادة.

/ ١ حالة البارانويا الضلالية Delusion المزمنة.

/ ٢ حالة البارانويا الهلوسية المزمنة.

/ ٣ حالة البارانوي التخيلية المزمنة

/ ٤ حالة البارانويا البارانويا الارتدادية.

/ ٥ حالة البارانويا المتأخرة

/ ٦ البارانويا.

/ ٩ حالة البارانويا الأخرى.

٩ - الذهانات الوظيفية الأخرى.

/صفر ذهان حاد غير متميز.

/ ١ ذهان خلطى حاد.

/ ٢ ذهانات موقفية وتفاعلية حادة.

/ ٣ ذهانات موقفية وتفاعلية مزمنة.

/ ٩ أخرى.

١٠ - العصاب Neuroses

/صفر عصاب القلق

/ ١ عصاب الهستيريا:

/ ١ صفر النوع التحولى.

/ ١١ للنوع الانشقاقى.

/ ٢ العصاب الرهابى.

/ ٣ العصاب القهرى الوسواسى.

/ ٤ العصاب الاكتئابى.

/ ٥ عصاب الوهن (النيوراستينيا).

/ ٦ عصاب توهم المرضى.

/ ٧ العصاب التفاعلى والموقفى.

/ ٩ أخرى.

١١ - اضطرابات الشخصية والطباع:

/صفر اضطراب نمط الشخصية.

صفر / صفر الشخصية للشبفصامية.

صفر ١ الشخصية الباراثوية.

صفر ٢ الشخصية النوابية.

صفر ٣ الشخصية الوسواسية.

صفر ٤ الشخصية المضادة للمجتمع.

- ١ / اضطراب سمات الشخصية.
- / ١ صفر الشخصية الانفجارية.
- / ١ ١ طبع هوس العرق.
- / ٢ ١ طبع هوس الحرق.
- / ٣ ١ طبع المغايرة للمجتمع.
- / ٤ ١ طبع توهم المرضة.
- / ٥ ١ التمارض.
- / ٢ الشخصيات غير الناضجة:
- / ٢ صفر الشخصية السلبية الاعتمادية
- / ١ ٢ الشخصية الهستيرية.
- / ٢ ٢ للشخصية العاجزة.
- / ٣ ٢ الشخصية غير المستقرة انفعاليا.
- / ٣ الانحراف الجنسي
- / ٣ صفر فى المثير الجنسي.
- / ١ ٣ فى التعبير الجنسي.
- / ٢ ٣ فى الموضوع الغريزى.
- / ٩ اخرى
- ١٢ - الاضطرابات النفسسيولوجية (الميكوسوماتية) :
- / صفر اضطراب الجلد النفسسيولوجى.
- / ١ اضطرابات الجهاز العضلى الهيكلى (الحركى) النفسسيولوجى.
- / ٢ اضطراب الجهاز النفسى التنفسى النفسسيولوجى.
- / ٣ اضطراب الجهاز الدورى النفسسيولوجى.
- / ٤ اضطراب الجهاز الهضمى النفسسيولوجى
- / ٥ اضطراب الجهاز البولى التناسلى النفسسيولوجى.
- / ٦ اضطراب الغدد الصماء النفسسيولوجى.

- ٧ / اضطراب الحواس الخاصة (الخمسة) النفسىسيولوجى.
- ٩ / اضطرابات نفسىسيولوجية أخرى.
- ١٣ - اضطرابات الملوك فى الطفولة والمراهقة.
- / صفر للتفاعل الحركى المفرط عند الطفل أو المراهق.
- / ١ التفاعل الانسحابى عند الطفل أو المراهق.
- / ٢ التفاعل المفرط فى القلق عند الطفل أو المراهق.
- / ٣ التفاعل الشاذ عند الطفل أو المراهق.
- / ٤ التفاعل العدوانى غير الاجتماعى عند الطفل أو المراهق
- / ٥ تفاعل التثا المنحرفة عند الطفل أو المراهق.
- / ٦ حالة هوش (شغب) Turmoil المراهقة.
- / ٩ تفاعلات أخرى عند الطفل أو المراهق.
- ١٤ - أعراض خاصة لم تدرج فى مكان آخر:
- / صفر اضطرابات الكلام والتعلم.
- / ١ اللوازم والاضطرابات الحركية النفسية الأخرى.
- / ٢ اضطرابات النوم.
- / ٣ اضطرابات التحكم فى قابضات الإخراج.
- / ٣ صفر للتبول اللاإرادى.
- / ١ ٣ التبرز اللاإرادى.
- / ٤ الصداغ.
- / ٥ العنة.
- / ٦ البرود الجنسى (عند المرأة).
- / ٧ تغير الذات (اختلال الأنثية).
- / ٩ أخرى.
- ١٥ - للحالات التى لا يمكن تصنيفها تحت أى من الفئات السابقة.

١٦ - حالات خالية من الأمراض النفسية مع وجود أعراض نفسية مقبولة اجتماعياً وبيئياً.

/ ١ حالات خالية من الأمراض النفسية.

هذا - وقد تم تعريف كل فئة مرضية وفقاً للأعراض المميزة لها مما يساعد الاختصاصيين على إجراء التشخيص لكل مريض ووضعها في التصنيف المتفق مع أعراضه وتحديد نوع المرض الذي يعاني منه...

ومن المحقق أن مثل هذه القوائم تحتاج إلى مداومة مراجعتها في ضوء التطور المستمر للنظريات والمفاهيم ، وفي ضوء مايجد من مصطلحات وحقائق (ملكية : ١٩٨٠ ، ٤٩).

وننتهي إلى أن الشكل التصنيفي للتشخيص يقصد به فحص الأعراض المرضية ، واستنتاج الأسباب ، وتجميع الملاحظات في صورة متكاملة ، ثم نسبتها إلى مرض معين من الأمراض التي سبق الإشارة إليها.

ومع ذلك يعترض البعض على منهج التشخيص التصنيفي على أساس أنه ليس هناك ما يؤكد أن التصنيف الذي نتوصل إليه يتفق مع طبيعة الأمراض ، وأن مسألة تصنيف المرض النفسي وتمييزه عن السواء تعتبر مسألة نسبية واعتبارية ، تخضع للقيم الاجتماعية السائدة : فما يعتبر أعراض غير سوية في مجتمع من المجتمعات تعتبر مجتمعات أخرى لا يخرج عن حدود السواء .. كما اعترض البعض على أن التصنيف على أساس الأعراض لايساعد إلى حد كبير في التنبؤ عن تطور الحالة أو فهم الاضطراب ، كما أن تصنيف نفس المريض قد يختلف من مستشفى إلى آخر ، كما أن الحالة التي لا تكون خليطاً من أعراض تنتمي لأكثر من فئة واحدة هي الحالة النادرة : فقد يصعب أحياناً أن نميز الوسواس القهري عن الهستيرى ، وقد يعاني الفصامى الكتائونى من هواجس البارانويا ، وحتى في الحالات التي يبدو أنه تتشابه فيها الأعراض قد لايتيسر الحكم بأن المشكلة قد نشأت من أسباب أو أسس واحدة ذلك أن نوع العرض قد لايرتبط بالضرورة بأسبابه، وقد

تنشأ الأعراض المختلفة من نفس الأسباب .. بالإضافة الى أن كثيرا من الأعراض تكون انتقالية ومتغيرة وإن كان ما يكسبه المريض منها هو الذى يقلب أن يكون أكثر ثباتا (مليكة : ١٩٨٠، ٥١-٥٢) .. ولكل هذه الأسباب ينظر كثير من الأطباء النفسيين والاختصاصيين فى الصحة العقلية الى عملية التصنيف هذه بشيء كثير من الحذر والشك (إبراهيم: ١٩٨٨، ١٩، ٦٥). ومن ثم يجب أن يقف الشكل الديناميكي من التشخيص جنبا الى جنب مع الشكل التصنيفي.

ثانيا . الشكل الديناميكي:

يقصد بالدينامية : الكل العضوى أى الجسطلت فى مقابل الكل الذراتى .. فالظاهرة النفسية ليست حاصل جمع الأجزاء " كسر"، بل التشخيص الديناميكي لاكتفى بوصف حالة المريض وإدراجه فى فئة اكلينيكية مرضية معينة ، بل هو عملية الفهم النفسى العميق لامكانات الفرد وتوافقه السلوكى أى الدراسة الشاملة للعديد من الجوانب الديناميكية لشخصية الفرد مثل : القدرات والدوافع ، والانفعالات والاتجاهات .. كما أن التشخيص الديناميكي يكشف للأخصائى عن أنواع ومواطن الصراع فى الشخصية ، وعن درجات القلق ، والقوة الحالية للأنا واحتتمالات تعرضها للتدهور أو قابليتها للنمو ، كما تكشف أيضا عن الآليات والأساليب الدفاعية التى يتخذها الفرد فى مواقف معينة كأسلوب يخفف به حدة الأكم النفسى . (مخير : ١٩٧٩).

ويرى المحللون النفسيون : أن معرفة أهداف الفرد وطموحاته ووجهاته المختلفة يمكن للكشف عنها من خلال دوافعه .. وأن التحليل الديناميكي هو الذى يؤكد على أن الصراع بين الدوافع هو أساس الأمراض النفسية .. ولذلك : لاكتفى التشخيص الديناميكي بالكشف عن مكمّن الصراع وأنواعه ومداه لفهم مشكلات الفرد ، بل يذهب الى أبعد من ذلك ، فهو يكشف الأساليب الدفاعية التى يلجأ اليها المريض للتخفيف من حدة التوتر والصراع ولتفادى خبراته المولمة فكل ذلك يساعد الأخصائى فى فهمه الدقيق للجوانب الديناميكية من شخصية المريض ،

ومعرفة أسباب المشكلة ، وبالتالي تحديده لأساليب العلاج أو الارشاد النفسى الملائم (عباس: ١٩٨٣، ٦١).. بمعنى أن معرفة الجوانب الديناميكية فى شخصية المريض تزيد من الاطمئنان الى صدق التشخيص ، ويمكن الأخصائى من الفهم الواضح لدلالة سلوك المريض بالصورة التى يستطيع الأخصائى من خلالها الاستجابة الملائمة لمشاعر المريض فى تعامله معه ، ومن التنبؤ الشمولى بسلوكه ، ومن اختيار المنهج العلاجى المناسب . ويصعب أن يتحقق كل ذلك إلا فى ضوء فروض أو نظرية فى أسباب المشكلة المعنية وهو غاية التشخيص.

ولذلك ينظر الى التشخيص الديناميكي على النحو التالى :

١ - هدفه:

للتشخيص هدف معرفى فهو ليس بتكديس لتشخيصات جزئية بل فعل ختامى تتكامل فيه التشخيصات الجزئية فى بناء هو الوحدة الكلية للعوامل الشارطة للسلوك.

٢ - مضمونه :

المضمون الأساسى للتشخيص الديناميكي ليس مجرد الصاق بطاقة بهذا الصنف أو ذاك من أصناف الطب العقلى التقليدى أى ليس بتحديد النمط بالرجوع الى تصنيف جاهز بل هو عملية دينامية تنصب على فرد بعينه فى موقف بعينه فى لحظة بعينها ، وتحديد الدلالة التى تنطوى عليها جملة علاقاته مع بيئته (مخبر: ١٩٧٩، ١٨٥)

٣ - بنيانه:

ينطوى بنية التشخيص الديناميكي على عمليتين :

- الأولى : المماثلة : بمعنى ادراج الحالة ضمن نمط عام من أنماط العلاقة

المماثلة استنادا الى المعارف السابقة (المتوقرة عن الحالة)

- الثانية : الموازنة : بمعنى تبين الخصائص الفريدة التى يتجسد عليها النمط

العام فى هذه الحالة بالذات.

٤ - فنياته:

يعتمد التشخيص الديناميكي على فنيات أساسية هي تاريخ الحالة والملاحظة المباشرة والتي تمدنا بالمعطيات التالية :

- معطيات تاريخية : معرفة تاريخ حياة الشخص منذ أشهر الحمل حتى الآن
- معطيات حالية : ملاحظة مباشرة أثناء المقابلة للتصرفات والأقوال (تئين
- ملا بقوله الشخص ، وما لا يريد أن يقوله ، وما يتردد في قوله ... الخ) .. كذلك بالإضافة الى مجالات حياته الحالية ضمن ظروفه البيئية..
- معطيات قياسية : يستعين الأخصائي الاكلينيكي بالمقاييس النفسية المقننة والاختبارات الاسقاطية ، وملاحظاته للحالة ضمن الاطار الأسرى والمدرسى .. الخ.

- معطيات تحليلية : تفسير الأحلام ، وخاصة التي تتكرر أو التي تكون في صورة "كوابيس" ، وتفسير الهفوات والحركات البدنية المرهفة التي تصدر عن الشخص أثناء المقابلة.

٥ - منطقته :

التشخيص الديناميكي ليس عملية رص للوقائع ، بل تأويل لبنائها بناء جديدا في وحدة كلية " اعادة بنائها بناء جديدا " بحيث يمكن فهم دلالة السلوك ووظيفته ، أى فهم الكائن في علاقته ببيئته ، ويتحقق ذلك بحركة دياكتيكية من الفكر : تمضي من الوقائع الى الفرض للتفسيرى لتعود الى وقائع أخرى تعدل من الفرض الأصلي ... وهكذا .. (مخير : ١٩٧٩ ، ١٨٥-١٨٦)

معايير التشخيص:

كما سبق فإن التشخيص يستند الى أنواع عديدة من المعطيات التي تعتمد على الملاحظة المباشرة ورسم تاريخ الحياة للمفحوص ، كما ينطوى التشخيص على عملية تأويل interpretation للوقائع والمعطيات ، وبنائها بناء جيدا في وحدة كلية تنتج فهم دلالة السلوك ووظيفته - أى فهم الكائن في علاقته ببيئته ..

ويحقق ذلك بحركة دياكتيكية diatectique للفكر ، تمضى من الوقائع الى الفرض التأويلي ، لتعود الى وقائع أخرى تعدل من الفرض الأصلي .. وهكذا.

ولذلك - فان : أهم المعايير norms التى تحكم اقامة التشخيص ما يلى :

١ - مبدأ التكامل : ويعنى اقامة وحدة كلية واحدة من المعطيات ، مما يتطلب الكشف عن العامل المشترك فالمعطيات التى تم جمعها ينبغى أن تأتلف ، وتنظم ضمن الشخصية برمتها فى وحدتها التاريخية ، وفى علاقتها الراهنة بالبيئة . بمعنى الكشف عن العامل المشترك الذى يربطها (مخيمر : ١٩٨١ ، ٣٤) .. وفى هذا الصدد يشبه فرويد التحليل النفسى بلعبة البصر ، التى يكون فيها على الشخص أم يقيم صورة مكتملة ابتداء من أجزائها المبعثرة .. فليس ثمة غير حل واحد صحيح .. وطالما لم يتم التوصل اليه ، فربما استطاع المرء أن يتعرف على أجزائه معزولة ، ولكن لا يوجد كل مترابط ... فإذا ما تم الوصول الى الحل الصحيح ، فلن يكون من شك فى صحته ، لأن كل جزء ، يجد مكانه ضمن الكل الشامل .. فالحل النهائى يكشف عن وحدة مترابطة ، فيها كل التفاصيل ، التى كانت حتى ذلك الحين غير مفهومة ، قد وجدت مكانها (فينخل : ١٩٦٩ ، ٩٠)

٢ - مبدأ النقاء الوقائع : فالتأويل الذى ترتد اليه كثرة من الوقائع الواردة فى الأحلام مثلا ، ينبغى أيضا - أن ترتد اليه كثرة من الوقائع المماثلة فى المسالك اليومية للشخص ، وضمن إطار الطرح العلاجى.

٣ - مبدأ وفرة المعلومات : ويعنى أن درجة اليقين أو الاحتمال فى التشخيص انما تتوقف على ثراء ودقة المعطيات التى تم جمعها.

٤ - مبدأ الاقتصاد : ويعنى أن أكثر التأويلات معقولة هو الذى يتيح تفسيراً أكبر عدد من الوقائع بأقل عدد من الفروض.

٥ - الخصوصية : ومعناه أن التشخيص ليس له من قيمة الا حين يأتي بجديد يستتق الوقائع.

٦ - الانتظار : بمعنى أن التشخيص لا يعدو أن يكون مؤقتا ، ومن ثم يظل الأخصائى النفسى فى حالة انفتاح على تتيح له أن يعدل من تشخيصه اذا ما برزت آيه وقائع جديدة.

٧ - التنبؤ : بمعنى : أن يسمح التشخيص بالتنبؤ بما يمكن أن يكون عليه سلوك الشخص فى موقف بعينه (مخير: ١٩٨١ ، ٣٤-٣٥)

ولكى يستطيع الأخصائى النفسى الاكلينيكى أن يقوم بعملية التشخيص والتنبؤ بفعالية : ينبغي أن يكون واعيا لنوره وشخصيته واحتمالات انعكاساتها فى تطبيقه للطريقة الاكلينيكية.

خطوات ومراحل التشخيص :

يتطلب التشخيص خطوات أو عمليات أساسية تشتمل على : الملاحظة ، والوصف، وتحديد الأسباب ، والتصنيف ، والتحليل الدينامى بقصد للتوصل الى افتراض دقيق عن طبيعة وأساس مشكلة المريض ، ويقصد التنبؤ ورسم ومباشرة خطة العلاج ومتابعتها وتقويمها .. ومن ثم يمر التشخيص بالمراحل التالية:

١ - مرحلة الاعداد:

وتشمل هذه المرحلة تهيئة العميل (المريض) ، واستعداد الأخصائى النفسى للقيام بإجراء التشخيص :

- فتهيئة العميل أمر لازم لكى يتم اجراء التشخيص بنجاح وذلك بتعريفه أنه ليس الوحيد الذى يعانى من مشكلة أو اضطراب نفسى وأن كثيرين قبله كانوا يعانون من مشكلات شخصية وعولجت ، وأن التشخيص المبكر النقيق هام جدا وفى مصلحته، ومن ثم يستحثه ويطمئنه من أجل التعرف على أصل وطبيعة ونوع المشكلة وأعراضها وتحديد أسبابها (زهران: ١٩٨٠ ، ٢٤٢).

- أما استعداد الأخصائى لاجراء التشخيص : فذلك عن طريق الاتصال بين الاخصائى وكافة المؤسسات الاجتماعية والتربوية والاصلاحية والعلاجية من أجل التعرف والتزود بتفاصيل المشكلة الخاصة بالمريض والتي يمكن للأخصائى أن

يجمع منها المعلومات الأولية والتقارير الاكلينيكية عن المريض .. ثم يقوم الأخصائى باختيار أدوات التشخيص المناسبة من اختبارات ووسائل قياس .

٢ - مرحلة التزود بالمعلومات :

وهى تتم عبر المقابلات التشخيصية بين الأخصائى النفسى والمريض وما يدور بينهما من أسئلة وأحاديث هادفة ، الى جانب الفحوص الطبية والمعملية والاجتماعية والسجلات التعليمية والمهنية ، وتطبيق الاختبارات والمقاييس الملائمة للحالة ، وكل الأدوات التشخيصية التى تستخدم بغرض تكوين أحكام جزئية عن حالة المريض بغية للتوصل الى تكوين تصور عام عن حالته وفكرته عن نفسه وهذه الصورة تلعب دورا هاما سواء ايجابيا لشفاء المريض، أو سلبيا لتأخير الشفاء واعاقة العلاج.

ويطلق على هذه المرحلة مرحلة الفحص : والفحص الدقيق هو حجر الزاوية للتشخيص الموفق والعلاج الناجح ومن ثم : يجب أن يكون موضوعيا وشاملا ومأخوذا من كافة المصادر المتاحة ، وبكافة الطرق والوسائل الممكنة. (زهران : ١٩٧٤، ١٨٧)

٣ - مرحلة معالجة المعلومات وتفسيرها :

وهى مرحلة يقوم الأخصائى فيها بتنظيم المعلومات والمعطيات التى حصل عليها من المقابلات وتطبيق الاختبارات وتنسيقها ووضعها فى صورة واضحة، مع استخراج النتائج وتفسيرها تمهيدا لاتخاذ قرارات بشأن الحالة .. ففى ضوء تفسير المعلومات يتم وضع افتراض تشخيصى معين.

ومن خلال معالجة المعلومات وتفسيرها يتم تحديد الأسباب وتحديد الأعراض:

تحديد الأسباب : فبعض الباحثين يقسمون الأمراض النفسية والعقلية على أساس الأسباب غير أنه يجب أن يكون واضحا لدى الأخصائى الاكلينيكى مبدأ تعدد وتفاعل الأسباب ، وأنه من النادر أن نضع أيدينا على سبب واحد للمشكلة

أو الاضطراب الا في حالات نادرة .. ومن الضروري في عملية التشخيص التفريق بين الأسباب الحيوية والنفسية والبيئية ، والأسباب المهيئة والمرسبة (المعجلة) التي أدت الى المشكلة أو الاضطراب - ويجب عدم المبالغة في أثر مجموعة من الأسباب على حساب الأخرى ، ويجب الاهتمام بتحديد الأسباب كما يراها المريض بنفسه وكما يصدق ذلك نتائج الفحص الشامل لأن ذلك يساعد على دقة لتشخيص ويجعل التنبؤ بنجاح العلاج محتملا جدا (زهران : ١٩٨٠ ، ٢٤٣).

- تحديد الأعراض : ومن خلال المعلومات المتوفرة للأخصائي النفسي يستطيع اكتشاف الأعراض المرضية .. وبعض الأعراض قد تكون شديدة واضحة يمكن ملاحظتها بسهولة ، وبعضها تكون خافية لا يمكن معرفتها الا عن طريق التقرير اللفظي للمريض أو مرافقيه (وهذه الأعراض تتضح خلال عملية الفحص وجمع المعلومات) ، ولابد من الاهتمام بكل الأعراض الداخلية والخارجية .. ومن المعروف أن العرض الواحد قد يظهر عند شخص نتيجة لأسباب نفسية ، أو يظهر نتيجة لأسباب عضوية ، كما أن عددا كبيرا من الأعراض قد يكون لها نفس الأسباب .. ويجب أيضا: تحديد معنى ووظيفة وأهداف الأعراض .. ولابد من الاهتمام بدراسة الأعراض وما وراءها من مكاسب أولية أو ثانوية يحققها المريض (كما في حالات الهستيريا). (زهران : ١٩٨٠ ، ٢٤٣)

وينبغي في هذه المرحلة الاهتمام بالتشخيص بالفارق differential diagnosis وهو يقوم على التفرقة المنهجية بين أعراض مرضيه أو أكثر لتقدير أى منهما هو الذى يعانى منه المريض .. ومن أهم دواعى الاهتمام بالتشخيص الفارق: حالات الأمراض نفسية المنشأ والأمراض عضوية المنشأ ، وحالات الاضطرابات النفسية والاضطرابات الجسمية وحالات الأمراض الجسمية التى يصاحبها اضطرابات نفسية والأمراض النفسية الجسمية - وهذا أمر له أهميته البالغة لأنه فى ضوء هذا التفريق تتحدد طريقة وخطوات العلاج :

فمثلا : فى حالة مثل الصرع يلزم التفريق بين ما اذا كان صرعا هستيريا أم صرعا عضويا - فكل منهما أعراض قارئة : ففى الصرع الهستيرى يصاب المريض بالنبوة فى وسط الناس ويقع فى مكان آمن ونادرا ما نجد فيه اصابة ولايعض لسانه ولايتبول أثناء النبوة ، ولاتختفى الانعكاسات لديه ، ويكون رسم موجات المخ الكهربائى سليما .. أما فى الصرع العضوى فان النبوة تباعدت المريض فى أى مكان ودائما نجد فيه اصابات وكسور وجروح وقد يعض لسانه وقد يتبول أثناء النبوة ويكون رسم موجات المخ الكهربائى مضطربا..

وعموما : فان التشخيص الفارق يتطلب الاهتمام بما يلى :

- التعرف الواضح على أسباب المرض.
- التفريق بين الاضطرابات العضوية والاضطرابات الوظيفية.
- تقييم درجة الاضطراب العضوى والاضطراب الوظيفى.
- اكتشاف رد فعل الشخصية تجاه الاضطراب.
- تقدير شدة الأعراض : لأن الفرق بين الشخصية المريضة والشخصية السوية من حيث الأعراض قد يكون فرق فى الدرجة وليس فى النوع.
- اتباع الأساس العلمى فى تصنيف وتحليل البيانات والمعلومات.
- تحديد فرض تشخيصى دينامى بخصوص طبيعة المريض.
- تحديد مآل المرض . (زهران : ١٩٧٤ ، ١٧٤-١٧٥)
- ٤ - مرحلة اتخاذ القرارات :

فى ضوء التشخيص الفارق : فان هذه المرحلة تتضمن : كتابة تقارير عن حالة المريض ، وتقدير نوعية العلاج.

- وعند كتابة تقارير عن حالة المريض : فيجب على الأخصائى النفسى الاكلينيكى أن يرسم صورة واقعية بقدر الامكان لشخصية معينة بحيث اذا اراد أى فرد قراءة هذا التقرير رأى أمامه صورة شخص وليست مجموعة من المصطلحات الفنية المجردة التى يخرج بها الأخصائى من تطبيقه لمجموعه من الاختبارات - فالتقرير الجيد هو الذى يعطينا صورة ، حقيقية لها معنى لسلوك

الفرد ، يكشف لنا عن اتجاهاته ومعتقداته ، ويفسر لنا أعراضه بشكل جيد
فالتقرير الاكلينيكي له فائدة عظيمة في رسم خطة لعلاج المريض.

- وأخيرا تقرير نوعية العلاج : بعد مناقشة الحالة مع الطبيب النفسي أو المعالج
النفسي يتم اتخاذ القرار المناسب اللازم من أجل العلاج أو التوجيه أو الارشاد
النفسي (عباس : ١٩٨٣ ، ٦٣-٦٤) .. ويؤكد ساندبيرج وويلر Sandburg &
Tuller بأن مهمة الاخصائي الاكلينيكي تستدعي اتخاذ القرار النهائي بشأن
حالة المريض : هل تقبل الحالة في مؤسسة معينة أم ترسل الى مؤسسة أخرى؟،
هل نوعية العلاج داخلي أم خارجي، هل يبعد الشخص عن أسرته أم يبقى على
صلة بها ؟ ما نوعية العلاج الأكثر فعالية في مثل حالته ؟ ... الخ

الفصل الخامس

منهج التشخيص الاكلينيكي

تعريف المنهج الاكلينيكي وخصائصه :

سبق أن أوضحنا أن موضوع علم النفس الاكلينيكي هو الدراسة المركزة العميقة لحالة فردية أى دراسة الشخصية فى بيئتها.. ذلك الاتجاه هو الذى تبناه ويتمر Witmer (١٨٩٦) فى تعريف المنهج الاكلينيكي ، حيث يذهب الى أنه : " منهج فى البحث يقوم على استعمال نتائج فحص مرضى عديدين ودراستهم الواحد تلو الآخر من أجل استخلاص مبادئ عامة توحى بها ملاحظة كفاءتهم وقصورهم " (موريس : ١٩٧٧) .. فمناهج التشخيص السيكولوجى تستهدف فهم الحالة الراهنة لسلوك المريض ، بواسطة أخذ عينات مناسبة من تاريخه الماضى وأدائه الحاضر بغية الوصول الى صيغة تشخيصية تصلح فى آن معا أن تكون أساسا إنذاريا أى تقديرا للاتجاه المرجح مستقبلا ، وأن تكون عوناً على انتقاء الوسائط العلاجية المناسبة (واطسن : ١٩٦٩ ، ٦٣٨).

كما يعرف المنهج الاكلينيكي بأنه : " المنهج الذى يستهدف تشخيص وعلاج من يعانون من مشكلات سلوكية واضطرابات نفسية ويفقدون الى العيادات النفسية يلتصقون النصح والتوجيه والعلاج " (عبد الحى : ١٩٧٦ ، ٧٤) .. أو : " هو المنهج الذى يستخدم فى تشخيص وعلاج الأفراد الذين يكابدون اضطرابات نفسية او اتحرقات حسية أو خلقية، او من يعانون مشكلات توافقية شخصية أو اجتماعية دراسية أو مهنية (عوض : ١٩٨٠ ، ٢٨) .. فلقد نشأ المنهج الاكلينيكي اجابة عن نوعية المرض من حيث هو حالة يستحيل احداثها بالمنهج التجريبي : فالمسوية والمرضى يفهمان الواحد بالقياس الى الآخر ، وليست هناك كائنات بشرية بغير مرض أو صراع - فالمسوية والمرضى نهايتان متباينتان لنفس المشكلة : مشكلة التوافق مع الحياة .. ومن هنا : فان علم النفس الاكلينيكي فى

دراسته لاضطرابات السلوك يمتد الى جميع الكائنات محتضنا بذلك السوية والمرضى جميعا.. ومن هنا يقال : ان المنهج الاكلينيكي يتخذ من علم النفس المرضى زاوية الرؤية (مخير : ١٩٨١ ، ٣١).

وعلى هذا الأساس : يقوم المنهج الاكلينيكي بملاحظة المرضى وهم يعانون مشكلاتهم ، ثم معرفة ظروف حياتهم كلها معرفة تامة ، بحيث يتيسر تأويل كل حادث في ضوء الوقائع الأخرى ، نظرا لأنها جميعا تشكل كلا - ديناميا هذا هو موقف المعالج الذى يوجب عليه أن يعالج أو يرشد مرضاه.

ويرى آخرون أن " المنهج الاكلينيكي يسعى الى تغيير سلوك الفرد عن طريق اكتشاف مشكلاته ومساعدته على حل تلك المشكلات التى يعانى منها ".
فالأخصائى النفسى الاكلينيكي بحكم اعدادته العلمى وخبراته يعتبر ملاحظات دقيقا غالبا ما يرى فى سلوك الفرد أشياء لا يراها غيره . ويضع الفروض العلمية المستخلصة من الملاحظات الاكلينيكية من أجل فهم وعلاج الحالة (الميسوى: ١٩٧٥ ، ٤٣-٤٤).

هذا - ويحدد مخير (١٩٧٩) ملامح المنهج الاكلينيكي على النحو التالى:
- هدفه : يهدف المنهج الاكلينيكي الى تبين جملة الشروط والعوامل التى تحكم السلوك أى التى تعتبر مسئولة عن السلوك الذى ندرسه .. والتحديد : ينصب على جملة الشروط أى العوامل التى لا يستطيع الأخصائى التحكم فيها : بحصرها أو تثبيتها أو عزلها بعضها عن بعض أو تغييرها.

- موضوعه : ينحصر موضوع المنهج الاكلينيكي فى الدراسة العميقة لحالة فردية بعينها - أى لشخص حامل مشكلة دفعته الى الذهاب للأخصائى الاكلينيكي طالبا العلاج أو الاستشارة أو التأهيل... الخ - أى دراسة الشخصية فى جملة علاقاتها ببيتها .. وبمعنى آخر : يحاول المنهج الاكلينيكي تبين الصراعات الأساسية عند هذا الفرد ، والدوافع الغريزية التى كانت خطرة بالنسبة له فى طفولته والتى ولدت لديه القلق - هذا الذى جعله يستخدم

ميكانيزمات دفاعية خاصة ومازلت حتى اليوم تكرر نفسها وتطبع الشخصية بطابعها المميز وتحكم المسالك في المستقبل (أى الوصول الى التوافق).

أسلوب العمل : يركز المنهج الاكلينيكي على بحث شامل مطوق يقوم على ثلاثة ركائز هى : تبين الوحدة الكلية التاريخية للشخص (تاريخ الحالة)، ووحدة الكلية الحالية ضمن ظروفه البيئية (المجالات المختلفة الحالية لحياته)، وصولا الى الصراعات الأساسية - مما يعرف بمسلمات المنهج الاكلينيكي وركائزه (كما سيوضح بعد قليل).

الطرائق (الغنيات) : يرى مخيمر أن المنهج الاكلينيكي يميل الى أن يصبح كلينيكية مسلحة بالمقاييس المقتنة من ناحية " لتحديد طبيعة المشكلة " . ومن ناحية أخرى : يحصل الأخصائى الاكلينيكي على معطياته من تاريخ الحياة أقرالا للشخص فى المقابلة الشخصية ، الى جانب الاستعانة بالاختبارات الاسقاطية، والملاحظة الطبيعية المباشرة للشخص فى الموقف الحيوى، وعادة ما تكون الاستعانة بأساليب التحليل النفسى فى تفسير الأحلام والهفوات (زلات اللسان أو القلم)... الخ .. وبذلك فان المنهج الاكلينيكي يصل من ذلك الى تبين الوحدة الكلية التاريخية والوحدة الكلية الحالية كاشفا عن الصراعات الأساسية عند الشخص (دينامية).. ومن ثم يتمكن من "اعادة بناء" الوحدة الكلية للشروط الحاكمة للسلوك موضع الدراسة ، وبذلك يصل الاكلينيكي الى تحديد جملة الأسباب المسؤولة عن الاضطرابات واقتراح وسائل أى القيام بالعلاج النفسى.

- تناول المفهوم : يحاول الأخصائى الاكلينيكي أن يتكيف مع كل فرد تبعاً لفرديته بحيث يعينه على أن يتكلم فى حرية واسترسال فى الاتجاه المطلوب فى تجنب لأى إحياءات.

- تسجيل الاستجابات : يقوم الأخصائى الاكلينيكي بملاحظة استجابات الشخص فى وحدتها الكلية وتفصيلاتها الدقيقة وذلك فى موقف الفحص - فغالبا ما

- يتكلم بالبين بشكل أكثر صراحة وعمقا ، ومن هنا تكون أهمية الحركات المصاحبة لنوعية بعينها من الإدلاء ، الى جانب أن التفاصيل المرفهة هي التي تنتج غالبا فهم الدلالة الحقيقية للسلوك الكلي فالاندفاع الجريء مثلا ربما يكون مجرد تكوين عكسي لخل عميق يحاول المفحوص أن يستره.
- تأويل النتائج : يتخذ الأخصائي الاكلينيكي اطاره المرجعي من أنماط كيفية ذات طبيعة مثلى ، بحيث يرد الحالة الى عدد من العلاقات العامة.. فيقوم الاكلينيكي بعملية "مائلة" ثم بعملية "مواءمة":
- فهو في البداية "يمائل" حالة المفحوص بنمط من الأنماط الكيفية التي تعلمها من قبل (عصاب قهري ، هستيريا ، برانويا...الخ) ... ولكن الى هنا لا يكون التشخيص مكتملا بلصق هذه البطاقة أو تلك.
- فلابد للاكلينيكي من أن يستوعب التفاصيل الفردية للمفحوص : بمعنى أن "يوائم" النمط الكيفي مع خصوصية حالة المفحوص ...
- و بذلك : يبين الانتظام الفريد الذي تتجسد عليه الهستيريا أو العصاب القهري في هذه الحالة - وبذلك وحده يكتمل التشخيص .. فالهدف هنا : هو الفهم لاتحديد مكان المفحوص بالنسبة للآخرين من زاوية قدرة أو اتجاه أو سمه.
- المعايير : أهم المعايير التي يستند اليها المنهج الاكلينيكي : التكامل ، إنقاء الوقائع ، الاقتصاد ، الوفرة والثراء ، التنبؤ ، الخصوصية... مخيمر: (١٩٧٩)، (١٩٨٠) القطان (١٩٨٢).

مسلمات المنهج الاكلينيكي

يستند المنهج الاكلينيكي على ثلاثة مسلمات أساسية هي:

١ - التصور الدينامي للشخصية:

فالشخصية انتظام دينامي داخل الفرد يحدد توافقه مع بيئته ، والسلوك انتظام دينامي من العمليات المادية والرمزية يتيح للكائن في المواقف المختلفة تحقيق امكانياته وخفض توتراته التي تهدد اتزانه .. فالفرق بين الموية والمرض

مجرد اختلاف فى أسلوب فض الصراعات النفسية والدراسة السيكولوجية للشخص ليست فى الواقع غير دراسة لصراعاته .. فكل كائن بشرى ، بل كل كائن حى يوجد دائما فى موقف صراع ، فليست الحياة غير سلسلة متصلة من الصراعات ومحاوله حلها ، أو هى سلسلة من عدم الاتزان ومحاوله لاعادة الاتزان .. والكائن المتوافق هو الذى يستطيع أن ينهى صراعاته ، بمعنى أن يزيل توتراته ويشبع حاجاته ، أما الكائن عبر المتوافق فهو الذى لا يصل الى فض صراعاته وخفض توتراته بشكل مكتمل (مخير: ١٩٧٩، ١٩٦)

والمنهج الاكلينيكي يركز على البناء الدينامى للشخصية وفهم الصراعات النفسية لدى الفرد.

ولكن ما هو الصراع الذى يحكم البناء الدينامى للشخصية؟.

الصراع النفسى حالة نفسية يشعر فيها الشخص بالتوتر والضيق والكر عندما يكون مشدودا فى وقت واحد بقوتين تعلمان فى اتجاهين متضادين أو متعارضين أو مختلفين (مغاريوس : ١٩٧٤) ، مما يجعله عاجزا عن التحرك فى أى منهما الا اذا غلب احدى القوتين على الأخرى ، وحل الصراع فى اتجاه للقوة الأعظم ، أما اذا تعادلت القوتان استمر الشعور بالعجز عن اتخاذ القرار وعانى من ضغوط نفسية وارهاق عصبى وتوتر وضيق وقلق (عودة ، مرسى: ١٩٨٦، ١٣٦)

وترى نظرية التحليل النفسى أن الصراع يحدث بين مكونات الشخصية: فمن ناحية يبدأ الصراع بين " الهى والأنا" - والهى : تمثل الغرائز التى تتطلب الاشباع بصرف النظر عن أية اعتبارات اجتماعية أو ثقافية ، " والأنا" هو الجزء الشعورى والمنطقى المحتك بالعالم الخارجى وهى المسؤولة عن تنظيم اشباع دوافع الهى .. ونظرا لأن الأنا لا تستطيع فى كثير من الحالات مواجهة دوافع الهى العنيفة فيهب لمساندتها المكون الثالث وهو الأنا الأعلى الذى يتكون من استئصال الطفل لقيم المجتمع وأوامر الكبار ونواهيهم فتشد الأنا الأعلى أزر الأنا فى مواجهة الهى .. ومن ناحية ثالثة يحدث الصراع بين الأنا والأنا الأعلى ويظهر حين يتخذ

الفرد قرارا يعتقد بصحته ويسلك على نحو معين عن اقتناع ثم يعود فيؤنب نفسه ويلومها .. بالإضافة لذلك قد يحدث للصدام بين الهى والأنا الأعلى مباشرة ويكون هذا الصدام أثره السىء على الصحة النفسية للفرد لأنه صدام يوحى بضعف الأنا (وهو المسئول عن أحداث التوازن بين المكونات النفسية للشخصية وإحلال الهدوء والسلام المعتمد على التوازن بين الوظائف محل الصراع والقلق) .. وعلى قدر قوة الأنا وتماسكها نستطيع أن تحدث لهذا التوازن بالزام كل مكون بالعمل فى الحدود المسموعة أو المقبولة ، أما إذا كانت الأنا ضعيفة فإن هذا الضعف يكون لحساب الهى أو الأنا الأعلى ، وفى هذه الحال يقف هذان المكونان وجها لوجه ويشد الصراع بينهما ، وأيا كانت نتيجة المواجهة فستكون صورة من صور السلوك اللاسوى (كفاى: ١٩٩٠ ، ٢٣٥).

وهكذا : نجد أن ديناميات الشخصية تقوم على تفاعل وتشابك بين قوى دافعة محركة وقوى أخرى كابحة أو مقيدة ، وأن جميع الصراعات فى الشخصية يمكن إرجاعها الى تعارض مجموعتين من القوى .. هذا هو التصور الدينامى الذى يختزل الحياة العقلية الى تفاعل متبادل بين قوى تلح وأخرى تصد وتضبط.

أما النظرية السلوكية فتتظر الى الصراع باعتباره المحور الذى تدور حوله القوى الدينامية المحركة للشخصية .. ويصنف ليفين الصراعات الى أربعة أنواع:

- صراع الاقدام : Approach Approach Conflict ويتمثل فى وجود صراع بين هدفين ايجابيين او متعادلين من حيث الصفات التى تجذب رغبة الفرد نحو كل منهما ولكن يعتذر عليه اشباعهما فى وقت واحد.
- صراع الاحجام : Avoidance Avoidance conflict ويتضمن وجود هدفين سلبيين ، أو وجود الفرد فى حالة ينشأ عنها موقفان كلاهما يلحق به ضررا ما.
- صراع الاقدام / الاحجام : Approach Avoidance Conflict ويتضمن وجود هدفين يود الشخص تحقيق أحدهما ، ولكن الهدف الآخر يمنعه من ذلك ..

وغالبا ما يكون أحد الهدفين موجبا والآخر سالبا ، وفى كثير من الأحيان يكون للموقف الواحد الذى يتعرض له الفرد عوامل مشجعه على الاقتراب منه وأخرى منفرة منه .. وعندما تكون الصفات السلبية والصفات الإيجابية على درجة احدى من الأهمية يكون الصراع قويا ويتأرجح الفرد نتيجة لذلك بين الاقدام والاحجام ، فهو عند اقدامه على الهدف المفضل تكبر فى نظره أضرار اقترابه فيبتعد عن الموقف ، وبمجرد ابتعاده تكبر فى نظره ميزاته فيحاول الاقتراب ثانية ويظل هكذا متأرجحا.

- صراع الاقدام الاحجام المزدوج : ويتمثل فى وجود هدفين أو أكثر لكل هدف قيم ايجابية وأخرى سلبية ، ولذلك يتأرجح الفرد بين الاقدام والاحجام نحو هذين الهدفين (فهمى : ١٩٦٧ ، ١١١-١١٤)

وإذا كانت الصراعات هى المحور الأساسى للكشف عن ديناميات الشخصية فكيف يحل الفرد صراعاته ؟

يظل الفرد الذى لم يشبع حاجاته (المحبط) فى حالة من التوتر وعدم الراحة ، أو بمعنى آخر يكون فى حالة من عدم التوازن (كما سبق أن أوضحنا) ، ولا بد أن يقوم ببعض السلوكيات التوافقية لتقليل هذه الحالة من الضغط التى يواجهها حتى يصبح الموقف محتملا بالنسبة له .. وهناك العديد من الأساليب السلوكية التى تسمى أحيانا ميكانيزمات التوافق أو حيل الدفاع النفسى أو ردود الفعل الدفاعية التى يستخدمها الفرد عادة إذا فشل فى الوصول الى أهدافه بفعل الصراع أو الاحباط . ومنها : الكذب ، الاسقاط ، والتبرير ، والتعويض ، والتقمص (التوحد) ، والنكوص ، والاعلاء...الخ. وهذه الميكانيزمات لاشعورية فى الغالب ، ويلجأ إليها كل الناس فى مواجهة المواقف الحياتية الاحباطية والصراعية ، وإنما يختلف الأفراد فيما بينهم بالنسبة لتجاحدهم فى التغلب على حالة اختلال التوازن وأيضا فى معدل استخدام هذه الأساليب اعتدالا أو اسرافا (الشرقاوى: ١٩٨٨ ، ١٢٦).

ويرى علماء التحليل النفسى : أن الميكانيزمات الدفاعية " قوى كابنة" تستخدمها الأنا لتسد على الدفغات المكونة الطريق حتى لا تظهر فى مجال الشعور وتسبب الكدر والألم للفرد.. ويرون أن هناك ميكانيزمات ناجحة وأخرى فاشلة أو مولدة للمرض .. والميكانيزمات الناجحة تتمثل فى الاعلاء Sublimation وتصريف الطاقة الى أهداف اجتماعية مقبولة، أما الميكانيزمات الفاشلة فهى التى لا تتجح فيق الاعلاء أو اعادة الاتزان الى الفرد.. وفى حالة الفشل يكون الطريق مفتوحا أمام الأعراض المرضية (كفانى: ١٩٩٠، ٣٦١).. وفى طليعة الدفاعات الفاشلة النكوص الى مرحلة سابقة من مراحل النمو وهى حيلة شبيهة بما يحدث عندما يعجز الجيش عن مواجهة العدو فيتهقر حتى يصل الى هذه النقطة من خطوطه التى كان قد ترك عنها فى تقدمه أكبر عدد من قواته (نقطة التثبيت)، ولو عبرنا عن ذلك بلغة التحليل النفسى لقلنا: ان النكوص يكون دائما الى نقطة التثبيت.. وفى الحالة التى ينكص فيها الفرد الى مرحلة من مراحل الطفولة (الأويبية أو الاستية السادية) فإنه يصاب بالعصاب أو المرض النفسى، أما اذا بلغ الشخص فى نكوصه الى المرحلة السابقة على التمايز مابين الذات والعالم الخارجى (بداية المرحلة القمية) فإنه يصل الى الاصابة بالذهان أو المرض العقلى فيبلغى العالم الخارجى ، وفى أخطر صور الذهان يصاب الفرد الفصام (القطن: ١٩٧٩، ٦٢)

أما علماء النفس السلوكيين فأنهم يعتبرون الحيل الدفاعية أساليب سلوكية اكتسبها الفرد حسب قوانين التعلم لتجنب المشاعر الأليمة والمريرة المرتبطة بمواقف الصراع أو الاحباط المثيرة للقلق فى محاولة لتخفيفه فى المواقف التى يتعرض فيها لدرجة عالية من التوتر .. ومن ثم : تثبت هذه الأساليب فى الفرد وتصبح جزءا من نظامه السلوكى اذا نجحت فى تجنبه المشاعر الأليمة أو التخفيف منها .. ومن بين هذه الأساليب : القمع ، والتجاهل ، وإهمال المثيرات المكدره ، والهروب من المثيرات الخطرة ولستبعادها من بؤرة الشعور ، والانشغال بموضوعات أخرى...

فى حين أن علماء نفس الذات (وهم أساس التوجه الانسائى فى علم النفس) فيرون أن الميكانيزمات الدفاعية من شأنها حماية الذات من آية أخطر أو تهديدات داخلية أو خارجية (كففى : ١٩٩٠، ٣٥٩).

وهكذا يتضح : أن المسلمة الأولى التى يستند إليها المنهج الاكلينيكي هى أن الشخصية الانسانية فى حالة ديناميكية مما يحتم الكشف عن الصراعات النفسية وأساليب الفرد للتخفف من التوتر الناشئ عنها .. هذه المسلمة وإن كانت الأولى فى الأهمية فإنها الأخيرة من حيث مراحل العمل - فدراستنا للوحدة الكلية التاريخية والوحدة الحالية ، يكون بومعنا أن نبلغ الى الدينامية.

٢ - للنظر الى الشخصية كوحدة حالية :

فقد كان الاهتمام بالأمراض النفسية فى الماضى يقتصر على مجرد التعرف على الأعراض الخاصة بالمرض فى انعزال عن الشخصية وكأن هذه الأعراض لا تنسب الى شخص بعينه يعيش فى بيئة بعينها، وفى لحظة بعينها من لحظات تطوره.

أما المنهج الاكلينيكي اليوم فليس للأعراض عنده دلالة أو معنى الا بالرجوع الى الوحدة الكلية للشخصية فى صلتها بالعالم - ومعنى هذا : أن النظرة الاكلينيكية لا تقتصر على قطاع أو قطاعات سلوكية بعينها، وإنما تضع موضع الاعتبار كافة الاستجابات التى تصدر عن الشخص من حيث هو كائن مشتبك فى موقف .. ومهمة الاختصاصى النفسى الاكلينيكي تنحصر فى محاولة تحديد مكان هذا السلوك ، أو مكان هذا العرض ضمن وحدة الشخصية ككل ، مما يعنى ضرورة أن تنصب الدراسة على كل مجالات حياة المفحوص (مخيرم: ١٩٧٩، ١٩٩) أى الخصائص الكلية للشخصية ، وتتضمن المعلومات اللازمة لفهم الشخص :

- المعلومات الجسمية : وتتضمن - المظهر الخارجى العام ، ونمط الجسم ، ومفهوم الجسم ، والمهارات الحركية.

- المعلومات الطبية العامة ، وأجهزة الجسم وأدائها لوظائفها ، والحواس ووظائفها ، العاهات ، الحالة الصحية العامة والأمراض ، العوامل العضوية المرتبطة بالمشكلة الحالية..
- المعلومات العصبية المرتبطة بالمخ والجهاز العصبى وعلاقته بالحواس ، وتحديد أى اضطراب بها.
- المعلومات العقلية وتشمل : القدرة العقلية العامة (الذكاء) ، القدرات الخاصة، الاستعدادات والمواهب والابتكارات والتحصيل (الإنجاز)، والعمليات العقلية : الإدراك ، والذاكرة ، والتخيل، والتفكير ، والانتباه، والمهارات اللغوية.
- المعلومات الاجتماعية : توجهات المجتمع الكبير وثقافته وقيمه ومعاييرها ، ثم الجماعات التى ينتمى إليها : ابتداء من الأسرة وتركيبها، والعلاقات الأسرية والتنشئة الأسرية داخلها .. المدرسة واتجاهاته نحوها ، وعلاقاتها الاجتماعية فيها وأسباب اضطرابه ، فيها ومشكلاته السلوكية، الصحة وجماعات الرفاق ، ومجال الدين والسلوك الدينى ، القيم والميول ، والهوايات ، والخلفية الاقتصادية والاجتماعية ، والمهنة ... الخ.
- المعلومات عن الحالة الانفعالية : الحالة الانفعالية العامة ، مستوى النضج الانفعالى، والاضطرابات الانفعالية ، الصدمات الانفعالية التى تعرض لها، الانفعال المزمن ، الحالة العاطفية ، والحالات الانفعالية الخاصة ...
- المشكلة أو المرض الحالى : نوع المشكلة ، وحجمها ، أعراض المرض ومظاهره، وزملة أو تجمع الأعراض ، تاريخ المشكلة : (زهران: ١٩٨٠، ١٣٤-١٥٢).
- الجهود الارشادية والعلاجية السابقة ، والتغيرات التى طرأت على الحالة .
فكل هذه المعلومات خطوة ايجابية فى سبيل فهم الشخصية مهما كلبا فى اطار علاقات الفرد وجوانب حياته .. (وهذا ما سوف نفصل الحديث فيه عند تناولنا لدراسة الحالة).

٣ - الشخصية كموحدة كلية تاريخية زمانية :

تتصدر المسئلة الثالثة فى ضرورة تناول الشخصية فى وحدتها التاريخية .. فاستجابة الشخصية بازاء موقف حالى مشكل لايمكن أن تتضح دلالتها الا فى ضوء تاريخ حياة الشخص ، ليس فقط بالنسبة لماضيه ، بل وايضا بالنسبة لاتجاهه نحو المستقبل .. فالتشخيص يستهدف الامساك بلحظة من لحظات تطور الكائن البشرى، هذا الذى ينحصر وجوده فى دينامية بسبيلها الى التطور ، وكيونة فى صيرورة (القطان : ١٩٧٩ : ٦٥)

وتعتمد هذه المسئلة على ركيزتين :

- دراسة تاريخ الحالة Case history : أن ما يطلق عليه أحيانا "تاريخ الحياة life history "هى موجز لتاريخ الحالة كما يكتبه الشخص ، وكما يجمع عن طريق الوسائل الأخرى .. ويتناول دراسة مسحية طويلة شاملة للنمو منذ وجوده ، والعوامل المؤثرة فيه ، وأسلوب التنشئة الاجتماعية ، والخبرات الماضية ، والتاريخ التربوى والتعليمى والصحي، والخبرات المهنية، والمواقف التى تتضمن صراعات ، وتاريخ التوافق النفسى ، وتاريخ الأسرة بطريقة شاملة وموضوعية بقدر الامكان.. ومما يجب عمل حسابه : التأكد من معلومات تاريخ الحالة لأن بعضها قد يتأثر بعامل الزمن والنسيان فلا يكون دقيقاً ..

هذه الدراسة لتاريخ الحالة يعتبر بمثابة قطاع طولى لحياة الفرد ، يقتصر على الماضى ويختص فقط بماضى الحالة (وان لم يخل الحال من نظرة على الحاضر وتطلع الى المستقبل ، وذلك من باب ربط الأحداث أو الخيرات) .. أنها دراسة تتبعية لحياة الفرد.

- تطلعات المستقبل : والى جانب دراسة تاريخ الحالة : فان التحليل الاكلىنيكى للحالة أن يكتمل بدون الحصول على معلومات عن تطلعات الفرد الى المستقبل .. ويمكن الحصول على مثل هذه المعلومات من كتابته ووصفه للشخص المثالى الذى يود أن يكون فى المستقبل بآماله ومطامحه (بعد عشر سنوات مثلا) ..

وتقيد تطلعات المستقبل في المطابقة بين حاضر الفرد ونظراته المستقبلية الى نفسه
أى الى ذاته المثالية ومدى التطابق بين الاثنين ، ومدى الرضا بالوضع الراهن ،
والتوافق النفسى والصحة النفسية (زهران: ١٩٨٠، ١٧٩-١٨٠)

يترتب على هذه المسلمات الثلاث أن يكون لب المنهج الاكلينيكي هو المقابلة
الشخصية التى نمسك فيها ليس فقط بتاريخ الحالة ، وبمختلف المجالات الحالية
لحياته، بل وأيضا بما تكون عليه استجابات المفحوص فى هذا الموقف الحيوى هنا
والآن وهذا ما سوف نعرض له فى حينه.

التعارض بين المنهج القياسى والاكلينيكي

ليس من شك فى أن علم النفس قد أحرز منذ بداية ق ٢٠ تقدما هائلا فى
طرقه التجريبية وأدواته السيكمترية التى تقوم على المقاييس المقننة .. وأصبحت
اليوم نجد أننا أمام عشرات الآلاف من مختلف المقاييس المقننة والاستبيانات وسلام
التقدير والقياس لمختلف جوانب الشخصية ، والقدرات والاتجاهات والميول والقيم
... الخ .. وعلى الرغم من تعدد هذه المقاييس وتنوعها فإنها تظل قاصرة أمام
تعقد الكائن البشرى وثرأ امكانياته - ومن ثم : فقد وجهت لهذه المقاييس المقننة
الكثير من الانتقادات التى تجعلها قاصرة عن أداء وظيفتها فى سبر أغوار
الشخصية الانسانية - ومن هنا : بدأ الطريق ينفتح مباشرة أمام المنهج الاكلينيكي
ليسد الثغرة فى قصور المقاييس المقننة فى أداء وظيفتها.

ومن الانتقادات التى وجهت الى المقاييس المقننة ما يلى:

١ - المقاييس المقننة متحيزة ومضللة:

فالمقاييس المقننة تستجوب الشعور، والشعور - كما نعلم - جزئى ومتحيز، وبالتالي
لاينطوى على الحقيقة ، ومن هنا تأتى النتائج مضللة وعبثا لاطائل منها .. وهناك
أمثلة كثيرة عى ذلك - منها :

- ما تكشف عنه المقاييس المقننة من أن الذين يتعاطون المخدرات ينعمون
بمستوى مرتفع من الرضا عن النفس وعن الحياة .. ولو كان هذا صحيحا لما كان

هناك ما يدفعهم الى تعاطي المخدرات .. وعلى عكس ذلك : تكشف الدراسة الاكاديمية وخاصة في صورتها الممعة ونعنى التحليل النفسى - عن وجود أرضية اكتئابية عند المدمنين ، وأنهم يحاولون التغلب على هذا الاكتئاب بتعاطي المخدرات التى تعفيهم من الوعى.

- ومثال آخر : قد نلتقى بزوجة تشكو مر الشكوى من قسوة زوجها وعنفه ، ومع ذلك ترفض الانفصال عنه بحجة المحافظة على أولادها منه .. وتمضى السنوات ويموت الزوج ، فإذا بها بعد شهور تتزوج من رجل آخر أشد قسوة وعنفا من زوجها الأول الذى توفى ... مثل هذه الزوجة سوف تكشف فى أى مقياس مقنن عن نزوة السخط وعدم التوافق الزوجى ، بينما تكشف الدراسة الاكاديمية عن أنها فى حقيقة الأمر تشبع مازوخيته الأنثوية وتشعر من أعماقها بالرضا عن زوجها بسبب قسوته وعنفه.

٢ - المقاييس المقننة تكشف عن أوجه جزئية للشخصية :

المقاييس المقننة بكل صورها ، وان اتسمت بالتقنين للكى الذى يكسبها مظهر الدقة والموضوعية فى تقديمها للنتائج فى صورة رقمية تسهل مقارنتها احصائيا الا أنها مع ذلك تقتصر على تحديد أوجهها جزئية للشخصية دون أن تقيم حسابا للشخصية من حيث هى وحدة كلية حالية ، ووحدة كلية زمانية ، وقوى تتخض صراعاتها عن محصلات هذه المسالك والميكانيزمات الدفاعية.

وعلى سبيل المثال : فعند تطبيق المقياس الخاص " بالمهارة اليدوية" على واحد من أشهر الجراحين كشف المقياس عن انخفاض درجة المهارة اليدوية ، مما يدل على انعدام المهارة اليدوية لديه .. ولما كان واقع حياته كجراح ماهر ومشهور يقدم الدليل القاطع عن زيف القياس ، وجد علماء النفس أنفسهم مضطرين لتفسير هذه الظاهرة بابتداع ما أسموه " بحشد القدرة " بمعنى أن الجراح قد حشد كل مهاراته اليدوية فى مجال الجراحة فخلت من هذه المهارة كل المجالات الأخرى... وفى هذا - ولاشك مارينا ضرورة النظر الى الشخصية كوحدة كلية تتطوى على مجالات عديدة يتحتم دراستها جميعا قبل الانتهاء الى شىء ينطوى على قيمة علمية.

٣ - المقاييس المقتنة تنظر الى الفرد على أنه مجرد حاصل جمع:

فالمقاييس المقتنة تعطي الفرد درجة معيارية تمكننا من تحديد مكانه بالنسبة للآخرين من زاوية قدرة ، أو اتجاه ، أو ميل ، أو سمة شخصية ... الخ دون أن تسمح لنا بأى حال بالبلوغ الى فهم هذا الفرد من حيث هو حامل مشكلة.

وعلى سبيل المثال : كشفت اجابات مفحوص فى استبيان للتوافق عن توافقه فى (٩٩) سؤالاً من بين المائة سؤال التى يتضمنها الاستبيان ، وهو بذلك يكون فى أعلى مستويات التوافق ... ومع ذلك تكشف اجابته عن السؤال رقم (١٠٠) عن وجود "نيكروفيلا" لديه وهى تعنى أن اتصالاته الجنسية قاصرة على جثث النساء اللاتى توفين حديثاً ، مما يشير الى قمة الشذوذ الجنسى.

وعلى هذا الأساس : فإن العالم السيكومترى يقيم تشخيصه على الغالبية ويغفل تماماً الاجابة عن السؤال الأخير ، بينما الاكينيكي لا يقيم تشخيصه الا على السؤال الأخير .. فالسيكومترية تقوم على معيار واحد هو "التواتر" أى عدد مرات التكرار ، أما الاكينيكية فلا يعينها التواتر فى شىء " فالخطيب الذى استمر يخطب محبوبته سنتين مثلاً ، وأصبح يثق ثقة عمياء فى سلوكها الذى لا يرتفع اليه غبار ، يكفيه مرة واحدة أن يراها فى نهاية هذه الفترة بين ذراعى رجل آخر لكى تنهار ثقته ويفسخ خطبته منها" .. ان مثل هذا الرجل يرفض هو الآخر منطق التواتر فى تشخيصه ، ويرفض النظر الى الشخصية على أنها مجرد حاصل جمع.

٤ - المقاييس المقتنة لاتضع فى حسابها دينامية الشخصية وصيرورتها :

فالطريقة السيكومترية لاتضع فى حسابها الدينامية والصيرورة ، وما ينطوى عليه الوجه الواحد الذى نقيسه من امكانيات كامنة مضمرة يمكن أن تتضح فى المستقبل.

ولقد أوضح "مخير" فى كتابه : مفهوم جديد للتوافق : أن كل اختبارات التوافق مثلاً تتخذ من خفض التوتر هنا والآن معيارها الوحيد ، وبذلك تغفل الجنبات الايجابية التى يمكن أن تغير اللوحة التشخيصية تماماً فى المستقبل القريب ..

فصميم الكائن البشرى هو دينامية بسبيل التطور ، وكيان فى صيرورة ، مما يعنى استحالة تشخيص الحاضر دون أن نضع فى اعتبارنا ما كان عليه فى الماضى ، وما يحتمل أن يكون عليه المستقبل .. وكم من شخص يبدو الآن غارقا فى مشكلاته ، ولكنه ينطوى على الكثير الذى يشر بمستقبل زاهر .. وكم من فرد يبدو متألقا هنا والآن ، بينما لاينطوى على شئ بالنسبة للمستقبل ، وربما ينطوى على أشياء تؤكد انهياره الوشيك.

المنهج الإكلينيكي ودراسة الحالة

يتضح مما تقدم أن فنيات ومناهج التشخيص السيكولوجى فهم الحالة الراهنة لسلوك المريض وذلك بواسطة أخذ عينات مناسبة من تاريخه الماضى وأدائه الحاضر بغية الوصول الى صيغة تشخيصية تصلح فى آن معا أن تكون أساسا انذاريا أى تقديرا للاتجاه المرجح مستقبلا ، وأن تكون عوناً على انتقاء الوسائط العلاجية المناسبة ... وتحقيقاً لهذه الأهداف فقد اعتمد علم النفس الإكلينيكي منهج دراسة الحالة باعتباره المنهج الرئيسى للدراسة الإكلينيكية .. والتي تعتمد على فنيات رئيسية أهمها:

- الملاحظة الإكلينيكية.
- دراسة تاريخ الحالة.
- المقابلة التشخيصية.
- الاختبارات النفسية.

وغيرها من الفنيات التى سوف نتناولها بالتفصيل فى الباب الثانى من هذا الكتاب والتى تتكامل معطياتها مع بعضها فى توضيح الصورة الإكلينيكية للحالة .. وسوف نعرض فيما يلى لمفهوم دراسة الحالة وأهدافها ومصادر المعلومات فيها ، وصولاً للتقرير السيكولوجى ، ثم نعرض للطرق الفنية المذكورة.

تعريف دراسة الحالة:

تستخدم دراسة الحالة Case study فى ميادين متعددة منها : دراسات النمو ، والخدمة الاجتماعية ، والإرشاد والعلاج النفسى .. ولقد أخذ علم النفس الإكلينيكي

مصطلح دراسة الحالة من الطب النفسى والعقلى ، وعم استخدام هذا المصطلح بالرغم من اعتراض البعض على استخدام كلمة "الحالة" فى الإشارة الى كائن انسانى يعانى من اضطراب بنى أو انفعالى.

ودراسة الحالة وسيلة هامة لجمع وتلخيص أكبر عدد ممكن من المعلومات عن الحالة موضوع الدراسة والحالة قد تكون فردا أو أسرة أو جماعة (زهران: ١٩٨٠، ١٧٨) ... وبذلك تعرف دراسة الحالة بأنها : الاطار الذى ينظم ويقي م فيه الأخصائى الاكلينيكى كل المعلومات والنتائج التى يحصل عليها عن الفرد وذلك عن طريق : الملاحظة ، والمقابلة ، والتاريخ الاجتماعى ، والسيرة الشخصية ، والاختبارات السيكولوجية ، والفحوص الطبية ... الخ ."

أهداف دراسة الحالة فى العمل الاكلينيكى:

تستهدف دراسة الحالة فى العمل الاكلينيكى ما يلى :

١ - فهم الأسباب المؤدية الى اصابة الفرد بمرض نفسى أو عقلى : فدراسة الحالة هى المجال الذى يتيح للأخصائى النفسى الاكلينيكى الفرصة لجمع أكبر قدر ممكن من المعلومات والبيانات عن المريض وعن مشكلاته حتى يتمكن من اصدار حكم نحو الحالة وأسباب الاصابة.

٢ - وضع الفروض التشخيصية : فدراسة الحالة وسيلة لتقديم صورة مجمعة للشخصية ككل ، أو للدراسة المفصلة للفرد فى حاضره وماضيه ومن ثم فانها أداة قيمة تكشف للأخصائى النفسى الاكلينيكى وقائع حياة شخص معين منذ ميلاده حتى الوقت الحالى .. وهى خطوة أساسية فى العمل الاكلينيكى لجمع معلومات تاريخية عن المريض ومشكلاته بأسلوب علمى منظم، وهذا يساعد الأخصائى على وضع الفروض الأولية التى يحاول فيما بعد اختبار صحتها بناء على خبراته التشخيصية السابقة (الزيدى : ١٩٦٩، ١٣)

٣ - وضع التوصيات العلاجية : اذا كان الهدف الرئيسى لدراسة الحالة هو تجميع المعلومات ومراجعتها ودراستها وتحليلها وتركيبها وتنظيمها وتلخيصها

ووزنها كLINICKIA أى وضع وزن سيكولوجى كLINICKY لكل منها .. فقد تكون هناك معلومة أو خبرة لها وزن كLINICKY أثقل من الوزن الكLINICKY لعشرات المعلومات الأخرى (زهران : ١٩٨٠ ، ١٧٩) فإنها بذلك تقدم صورة مجمعة للشخصية ككل أو الدراسة المفصلة للفرد فى حاضره وماضيه مما يساعد على الوصول الى فهم أفضل للفرد وتحديد وتشخيص مشكلاته وطبيعتها واتخاذ التوصيات الارشادية أو التخطيط للخدمات العلاجية اللازمة.

مصادر المعلومات فى دراسة الحالة:

ان دراسة الحالة كطريقة لجمع المعلومات والاحاطة الشاملة بتفاصيل حالة المريض تستقى بياناتها من مصادر عديدة أهمها :

١ - المريض :

يعتبر المريض واحدا من أهم مصادر المعلومات فى دراسة الحالة ، بل انه فى كثير من الأحيان يعتبر أفضل مصدر للمعلومات ، فليس هناك من هو أعرف بالفرد من نفسه ، وليس هناك من هو أقدر منه على وصف مشاعره ومشكلاته (زهران : ١٩٨٠ ، ١٢٩) .. ويمكن أخذ المعلومات من المريض عن طريق :

أ - المقابلة : interview حيث تتم مناقشة المريض شخصا عن طبيعة المشكلات وظروفها ، وسؤاله عن مشاعره ورغباته واتجاهاته واجباطاته .. والميزة الأساسية لاستخدام هذه الطريقة فى العمل الكLINICKY هى أنها تكشف للأخصائى عن تاريخ الحياة كما يعيشها المريض - خاصة اذا كان المريض عميلا سهلا يكشف عن ذاته بسهولة ، وكان بمثابة كتاب مفتوح يقرأ الأخصائى النفسى كل ما فيه من معلومات .. الا أنه فى كثير من الأحيان - نظرا للحالة المرضية - قد لا يكون المريض واعيا لبعض الجوانب من تاريخ حياته ، أو المشكلة التى يعانى منها : فقد تكبت بعض الذكريات لما يرتبط بها من شحنات انفعالية ، وقد تحرف بعض المعلومات عن قصد هروبا من المشكلة ودفاعا عن الذات، أو قد يراعى عامل المقبولية الاجتماعية social desirability فتدافع عن نفسه فى موقف

آمن لإحتياج الى دفاع... وفي كل الحالات : ينبغي على الأخصائى الاكلينيكى أن يتقبل عرض المريض لشكواه كما هى ، وأن يشجعه على الاستمرار فى حديثه.. ولذلك يجب تسجيل شكوى المريض كما يعرضها، وتقصى تاريخ المرض من حيث بدايته وعلاقته بالأحداث فى تاريخ حياة المريض ووسائل مواجهته للمرض.

ب - السيرة الشخصية : autobiography وهى بمثابة التقرير الذاتى عن السيرة الشخصية أو هى قصة الحياة أو رواية الحياة التى يكتبها الفرد عن ذاته أو عن نفسه وتتناول قصة حياته فى الماضى والحاضر وتاريخه الشخصى والأسرى والجنسى ، والخبرات والأحداث الهامة حلوها ومرها، والمشاعر والأفكار والانفعالات والميول والهوايات والأهداف والمطامح والآمال وخطط المستقبل وفلسفة الحياة .. وأسلوبها ، والمشكلات والاحباطات والصراعات ومستوى التوافق والعلاقات الاجتماعية فى الأسرة والعمل، والاشخاص المهمين فى حياته...الخ.

هذا - وتكون السيرة الشخصية فى صورة كتابة مباشرة بالقلم ، أو مفكرات شخصية تحوى أوجه نشاطه ومواعيده وعلاقاته أو مفكرته الشخصية اليومية ، ومنها المذكرات اليومية التى تشمل البرنامج اليومى خلال الـ ٢٤ ساعة، ومنها للمذكرات الخاصة عن أحداث أو مشكلات معينة ، ومنها المستندات الشخصية الخاصة بخبرات هامة فى حياة الفرد ، والخطابات الشخصية، ومنها الانتاج الأدبى والفنى...

ومن مميزات السيرة الشخصية للفرد : أنها تيسر الحصول على معلومات كلينكية غنية عن الجانب الخفى من حياة المريض وشخصيته الذى يستعصى على الوسائل الموضوعية كالاختبارات (مثلا)، والذى لايمكن للمريض اظهاره فى المقابلة وجها لوجه ، وتتيح الكتابة فرصة التنفيس الانفعالى والتخلص من التوتر وزيادة الاستبصار بالذات (زهران : ١٩٨٠ ، ٢١٤-٢٢٠)

٢ - الاختبارات السلوكية :

وتعتبر نتائج الاختبارات النفسية من المصادر الهامة للحصول على البيانات الكمية والكيفية عن المريض ، وتحديد ذكائه وقدراته واستعداداته ، وتقييم سلوكه الشخصي وميوله واتجاهاته وتوافقه النفسي وصحته النفسية .. كما أنها تكشف للأخصائي الاكلينيكي عن المحتوى العقلي للفرد ، وعن الخلفية الثقافية وعن الجماعة التي ينتمي اليها ، كما تبين درجة اتصاله بالبيئة ، بالإضافة الى أنها تكشف عن وعية وذاكرته ، وقدرته على فهم المواقف المختلفة ، وتعبئة وظائفه العقلية لحل المشكلات التي تواجهه في بيئته .. واستخدام الأخصائي النفسي الاكلينيكي للاختبارات السلوكية له أهداف أخرى منها :

١ - التعرف على استجابة المفحوص أثناء الاختبار: التي قد تكون صورة لاستجابته لمواقف مختلفة التي تواجهه في حياته.

٢ - أن نتيجة الاختبار تساعد على القيام بمقارنة صحيحة بين المريض وغيره من الأفراد الآخرين.

٣ - إتاحة الفرصة لأخصائي النفسي لملاحظة سلوك المريض أثناء الاختبار (الانتباه، الرغبة، المعارضة، فهم التعليمات، الاستجابة...)، وكثيرا ما تساعد معرفة ذلك السلوك على الكشف عن اسباب المشكلة.

٤ - من خلال الاختبارات يستطيع الأخصائي النفسي الاكلينيكي التوصل الى كتابة التقرير السلوكي عن الحالة .. وهذا التقرير يعنى : تقديم صورة كلية وافية عن شخصية المريض، مما يساعد على الفهم العميق لجوانب شخصيته ومشكلاته .. بتقديم التقرير بالشكل الذى يمكن للجهات المختصة أن تفهمه، وبالتالي يمكنها من مساعدة المريض وارشاده بأفضل أساليب التعامل والعلاج.

٥ - يسجل الأخصائي استجابات المريض وكل ما يصدر عنه من كلمات وحركات وتعبيرات انفعالية فى إطار كلى منسق ، مبينا ما تتضمنه اجابات المريض من

عبارات وكلمات، الى جانب الحركات والتعبيرات التى لها دلالات اكلينيكية هامة تفيد فى الكشف عن الجوانب العديدة من شخصيته.

وبذلك : تعتبر الاختبارات من أسرع الوسائل فى الكشف عن الشخصية وأكثرها موضوعية ، وتعطى تقديرا معياريا يكشف عن نقاط قوته وضعفه ، ويمكن استخدامها فى قياس مدى التقدم أو التغير الذى يطرأ على الحالة خلال فترة العلاج ، وتعتبر وسيلة فعالة فى التقييم والتصنيف والاختيار واتخاذ القرارات والتنبؤ المبني على معلومات كمية أكثر صدقا وثباتا من التقديرات الكيفية ، كما أنها تتيح الفرصة للأخصائي النفسى لملاحظة سلوك المريض، ومدى اقباله على الاجابة على فقرات الاختبار أو رفضه لها أو تركه بعضها - وهذا كله له أهميته فى عملية التشخيص.

غير أن الاختبارات يعييبها أنها قد يساء تفسير درجاتها .. وقد ينهر البعض بها ويعتقدون أنها غاية المراد ويحرفونها كهدف فى حد ذاته بطريقة روتينية وبدون هدف محدد (زهران: ١٩٨٠، ١٩٢-١٩٣)

٣ - السجلات والوثائق المأخوذة من مصادر المجتمع :

وهى تلقى الضوء على التاريخ الشخصى للفرد ، ويمكن الحصول منها على البيانات التاريخية التى تعد سجلا لتاريخه الارتقائى وانعكاساته فى انجازاته ، وخصائصه الشخصية ومن ثم يتعين دراسة الوثائق والسجلات التى لها دلالتها بالنسبة للمريض خاصة الوثائق الخاصة بالأسرة والهيئات التربوية ، والمؤسسات الاجتماعية التى يمكن الاستعانة منها بمعلومات عن المريض وأسرته ومشكلاته الاجتماعية السابقة والمساعدات التى يتلقاها ، الى جانب جهات العمل ، ومكاتب العمل وتشغيل الشباب ، ومنظمات رعاية الشباب ، والنوادي الرياضية ، وجماعات الكشفة والجولة التى يتعامل معها المريض ويقضى فيها وقت فراغه ، ونوادي ومراكز خدمة البيئة، ثم المحاكم والسلطات التنفيذية : كمحاكم الأحداث أو مراكز الشرطة اذا كان المريض قد تردد عليها..بالاضافة الى وثائق وسجلات

المستشفيات والعيادات النفسية التى تكشف عن نشأة وتطور المرض ، ومعرفة التسلسل الزمنى له والمراحل التى مر بها .. وما الى ذلك .

وهكذا : فان الوثائق والسجلات المأخوذة من مصادر المجتمع المختلفة تكشف أسباب الاضطراب النفسى عند المريض ، والمقارنة بين الخصائص المزاجية والسلوكية قبل وبعد المرض، وكذلك الأعراض الهامة التى تعرض لها ، والمواقف التى نشأت فيها مشكلات المريض ، ومعرفة استجاباته للمواقف الماضية اذا كانت تتشابه مع الموقف الذى استثار المرض الحالى ، وذلك من أجل تبين العوامل المساعدة التى هابت لظهور المرض سواء كانت اجتماعية أو نفسية ..

٤ - المعلومات من الآخرين:

ومنهم والوالدان ، والاخوة ، والأقارب لأنهم يعرفون عنه الكثير عن كذب، وقد يكونون عوامل مسببة لبعض مشكلاته ، ويمكن الحصول منهم على معلومات قيمة .. كذلك يتم الحصول على معلومات من أصدقاء المريض الذين يقضى معهم أوقاته ، فهم يعرفون عنه الكثير مما لا يعرفه والوالدان والاخوة .. كذلك يمكن الرجوع الى أخصائيين آخرين مثل : المدرسين، والأخصائيين الاجتماعيين بالمدارس ، والأطباء ، ثم بعض الراشدين فى المجتمع كالمسؤولين ... وغيرهم.

وعلى الرغم من أن هذا المصدر لا يتم اللجوء اليه الا عند الضرورة القصوى حفاظا على أسرار المريض وعدم كشف مشكلاته أمام أشخاص ربما لا يرغب المريض فى معرفتهم بمعاناته — الا أن هؤلاء يمكن أن يكشفوا عن الكثير من البيانات الاجتماعية الخاصة بالتاريخ الاجتماعى للحالة والظروف العائلية ، ودخل الأسرة ، وتأثير اتجاهات الوالدين فى نشأة مشكلات المريض، واتجاهاته نحو العلاقة المحتملة بين الاضطرابات الانفعالية والجسمية ، وهل توجد اضطرابات عقلية فى العائلة سواء كان فى الماضى أو فى الحاضر..

٥ - الفحوص ومنها:

- الفحص النفسى : للتعرف على الأمراض النفسية السابقة ، والأمراض النفسية فى الأسرة ، والقدرات العقلية ، وسمات الشخصية واضطراباتهما، وتحديد الأسباب والأعراض النفسية للمشكلة أو المرض ، ومظاهر التوافق.

- الفحص الطبى : ويقوم به الممارس العام وبعض الأخصائيين: ويتناول التعرف على الأمراض الجسمية ، والعمليات الجراحية السابقة ، والأمراض الجسمية فى الأسرة ، والإصابات والجروح ، والعاهات ، والحالة الصحية العامة ، وفحص أجهزة الجسم والحواس ، والعوامل العضوية المسببة للأمراض النفسية ، مع اجراء فحوص طبية متخصصة حسب الحالة مثل : فحص الدم والبول والأمصال والأشعة السينية والرسم الكهربى للقلب.

- الفحص العصبى : ويقوم به متخصص يستفسر عن آخر فحص عصبى وتحديد الإصابات ان وجدت فى المخ والأعصاب المخية والأعصاب النخاعية الشوكية ، وفحص الجهاز العصبى الذاتى ، والاحساس .. مع الاهتمام بالفحوص العصبية المتخصصة إذا لزم الأمر : كالفحص المنظارى للعين ، وقياس المجال البصرى الخارجى ، والأشعة السينية للعمود الفقرى ، والتصوير الاشعاعى للمخ ، والحبل الشوكى ورسم المخ وفحص المسائل المخى الشوكى اذا لزم الأمر ... أيضا.

الباب الثاني

فنيات التشخيص الإكلينيكي

الفصل السادس : تاريخ الحالة.

الفصل السابع : المقابلة الإكلينيكية.

الفصل الثامن : الإختبارات والمقاييس النفسية

الفصل التاسع : الإختبارات الإسقاطية

الفصل السادس

تاريخ الحالة

تعريف تاريخ الحالة :

تاريخ الحالة "Case history" أداة تطشف لنا وقائع حياة شخص منذ ميلاده حتى الوقت الحاضر" (الزبادى: ١٩٦٩) - ويعتبر الخطوة الأولى فى العمل الاكلينيكى لجمع معلومات تاريخية عن المريض ومشكلاته بأسلوب علمى منظم.

ويخلط الكثيرون بين مصطلحي دراسة الحالة وتاريخ الحالة - والفرق بينهما أن دراسة الحالة هى عملية جمع المعلومات التى يتم الحصول عليها فى الوقت الحاضر عن المريض باستخدام المقابلات الاكلينيكية ونتائج الاختبارات النفسية وغيرها من الوسائل، ثم استخدامها اكلينيكياً (عباس: ١٩٨٣)، أما تاريخ الحالة: فبمعنى كافة المعلومات التى نجمعها عن المريض، أى تاريخ المرض الحالى، والأمراض التى تشكل التاريخ الطبى للمريض، كما أنها موجز لتاريخ الفرد كما يكتبه وكما يجمع عن طريق الوسائل الأخرى، ويتناول دراسة مسحية طويلة شاملة لنمو الفرد منذ وجوده، والعوامل المؤثرة فيه، وأسلوب التنشئة الاجتماعية، والخبرات الماضية، والتاريخ التربوى والتعليمى، والخبرات المهنية، والمواقف التى تتضمن صراعات نفسية، وتاريخ التوافق النفسى والأمسرى بطريقة شاملة وموضوعية بقدر الامكان.

ومن ثم: يعتبر تاريخ الحالة جزء من دراسة الحالة .. والفرق بينهما هو أن دراسة الحالة تعتبر بمثابة قطاع مستعرض لحياة الفرد يركز على حاضره الراهن، بينما تاريخ الحالة فانه يعتبر قطاع طولى لحياة الفرد يقتصر على الماضى ويختص فقط بماضيه، فهو دراسة تتبعية لحياة الفرد (زهران: ١٩٨٠، ١٧٩).

أهمية تاريخ الحالة:

تاريخ الحالة أداة قيمة للأخصائى النفسى الاكلينيكى خاصة فى المرحلة التشخيصية وذلك على النحو التالى:

١ - تاريخ الحالة يساعد الأخصائى الاكلينيكى على فهم سلوك المريض فى صورة تطويرية: فلكى نفهم الاضطرابات الحالية للمريض، علينا أن نفحص خبراته السابقة فى مراحل طفولته .. ويعد " فرويد " أول من نبه الى أن المشاكل العصابية لها جذورها دائما فى تاريخ الفرد وخاصة فى طفولته - فكل توافق عصابى : إنما يأتى به الفرد من ماضيه .. ومن ثم : فلا بد لنا عند دراسة البناء النفسى للمريض أن نربط هذا البناء بتاريخه الأول، ونفهم طبيعته، ونجعل المريض يستبصر هو بالأسباب الأولى والحقيقة لتركيبه المرضى وذلك بربط خبراته الطفلية الصادمة بمشكلاته الحالية .. وهكذا نستطيع أن نفهم العملية الطويلة المؤلمة التى تشكل من خلالها حتى أصبح الانسان الذى نعرفه الآن .. معنى ذلك أن ربط الأحداث الصادمة الهامة لسنوات الطفولة بالعصاب اللاحق عمل له قيمته الكبرى فى التشخيص وفى النجاح العلاجى.

٢ - تاريخ الحالة يساعد الأخصائى النفسى أن يضع عليه الغروض الأولية التى يحاول فيما بعد اختبار صحتها باستخدام الوسائل التشخيصية الأخرى التى تدرب عليها - كتفسير نتائج الاختبارات النفسية - ذلك أن نتيجة أى اختبار لا يمكن أن تقف وحدها، والافتقد معناها .. فاستجابة المريض فى اختبار تفهم الموضوع مثلاً لا يمكن أن تفسر الا على السياق النفسى التاريخى للمريض.

٣ - تاريخ الحالة يقلل من أخطاء التشخيص التى تنجم على استجابة الفاحص للمظهر الخارجى الزائف للمفحوص ويقلل من تلك الأخطاء التى تنجم أيضاً عن الأفكار المسبقة والنظريات التى يؤمن بها الفاحص دون أن يكون له صدقاً عملياً.

٤ - تاريخ الحالة يلقى الضوء على العوامل الوراثية والتاريخ الصحى للأسرة: وهذا التاريخ يساعدنا على أن نستوضح بعض المشكلات الغامضة فى التشخيص.. فأحيانا ما يختلط الأمر بالنسبة لبعض الأعراض، وهل هى ترجع الى أصل وظيفى أو إلى أصل عضوى - ولكن عندما نتتبع بداية ظهور الصورة المرضية فإن ذلك يساعدنا على وضوح الرؤية .. فإذا كانت الأعراض موجودة منذ سنوات فى شكل تطورى دون أن تكون هناك ظروف مادية فى البيئة المحيطة بالمرضى، فأننا نميل الى القول بوجود أصل وظيفى، أما اذا كانت الصورة المرضية مفاجئة - أى أن شخصية المريض تغيرت فجأة وبسرعة، فهذا يوحي بوجود أصل عضوى للمرض (الزىادى: ١٩٩٦).

صعوبات تاريخ الحالة وحدوده:

دراسة تاريخ الحالة محفوف ببعض المصاعب منها:
- ضيق الوقت أحيانا: فمن الممكن ألا يتسع لنا الوقت لاستيفاء كل المعلومات اللازمة.

- ضيق الحصوص على أشخاص يمدون الأخصائى النفسى بمعلومات عن المريض: فالحصول تاريخ دقيق وكامل للحالة يعتمد على تعاون المريض والأشخاص المحيطين به معه.

- صعوبة إعادة بناء تاريخ الفرد: إذ قد يصعب على الأخصائى أن يحصل على تسجيل صادق فى تسلسل لوقائع حياة المريض - وذلك لأننا نعتد على ذاكرة المريض ووالديه ومدرسيه وأصدقائه .. وبناء عليه: فتاريخ الحالة ليس وثيقة ثابتة تماماً - ولذلك يجب علينا أن نقارن المعلومات التى تقدم لنا ببعضها حتى نكتشف ما بها من تناقض أو كذب.

- عند وضع خطط لمستقبل المريض أو وضع توصيات بشأنه - فيجب أن نضع فى اعتبارنا أن تاريخ الحالة لا يمكن أن يكون كافياً للوصول الى هذا الهدف - بل تاريخ الحالة يوجهه عملنا فى البداية ويساعدنا على اختيار

أدواتنا الاكلينيكية، ويمكننا من وضع فروضنا المبدئية التى نحاول فيما بعد التحقق من صحتها باستخدام الأساليب الاكلينيكية الأخرى.

بيانات تاريخ الحالة

١ - التسجيل:

عندما يذهب أى فرد إلى أخصائى نفسى أو إلى عيادة نفسية أو مصحة للصحة النفسية - فلا بد فى البداية من تسجيل بياناته المبدئية .. والتسجيل بمثابة تصريح الأخصائى النفسى بالدخول الى العالم الخاص لهذا الشخص ..

ويقوم بعملية تسجيل البيانات المبدئية الأخصائى النفسى أو الاجتماعى أو أى موظف مختص بهذه العملية - ويفضل أن يسجل البيانات نفس الأخصائى الذى يقوم بإجراء المقابلات التشخيصية التالية حتى لا يشعر المريض بالحرج والخجل، ويشعر بالسرية، ويتمكن من إقامة علاقة انفعالية تساعد على علاجه.

وتشمل بيانات التسجيل:

- تاريخ اليوم، واسم للفاحص.

- اسم المريض، وجنسه، وتاريخ ميلاده، وحالته الاجتماعية، وعنوانه ورقم تليفونه، وديانته، وعمله (أو مستواه الدراسى)، وأن لم يكن طالباً يذكر آخر مستوى تعليمى وصل اليه.

- بيانات عن الوالد أو ولى الأمر، وعنوانه ورقم تليفونه.

- المشكلات الأساسية التى يشكو منها المريض، وبداية ظهورها، والظروف التى ساعدت على ظهورها، والأجراءات التى اتخذت، والتغيرات التى ظهرت مع محاولة حلها.

- تاريخ آخر فحص طبي ونتائجه، واسم الطبيب الذى أجراه.

ـ وأخيراً : انطباعات الأخصائى عن المريض وحالته المزاجية.

ويلاحظ عند التسجيل:

* أن بعض المرضى يرفضون ذكر عنوان ولى الأمر أو أى شخص آخر خوفاً من الاتصال بهم، ولذلك يتعين على الأخصائى أن يؤكد للمريض أنه لن يتصل بأى شخص بشأنه إلا إذا صرح المريض نفسه بذلك .. وعلى كل فان هذا الرفض من ناحية المريض علامة لها معناها يجب أن يلاحظها الأخصائى.

* أن تسجيل المشكلة ليس وصفاً تفصيلياً لها، وإنما عرضاً مختصراً لها لما يشكو منه المريض – غير أنه يلاحظ:

ـ فى كثير من الحالات تعرض على الإكلينيكي المشكلة كما يتصورها الآخرون (مثل الوالدين فى حالة الأطفال)، أو يقدم المريض نفسه (خاصة العصابى) مشكلة زائفة كى يختبر بها درجة صدق اهتمام الإكلينيكي بحالته ـ وفى مثل هذه الحالات يجب ألا يشك الأخصائى فى صدق ما يعرضه المريض من مشكلات: لأن ذلك قد يودى بدوره الى تشكك العميل فى صدق رغبة المعالج فى مساعدته، أو الى شعوره بالنقص (ملكية، ١٩٨٠، ٨٥ - ٨٦).

ـ إذا أراد المريض الاسترسال فى وصف مشكلته: فيجب عدم مقاطعته (خاصة إذا كان القائم بالتسجيل هو الأخصائى الإكلينيكي) .. أما إذا كان القائم بالتسجيل موظفاً أو سكرتيراً مختصاً بعملية التسجيل فيجب أن ينبه المريض الى أن يقوم يقوم بالوصف التفصيلى لمشكلته مع الأخصائى المعالج.

* ويجب ملاحظة: أن بطاقة التسجيل يجب أن توضع فى ملف المريض ولا يجوز الاطلاع عليها الا من شخص مسئول أو ولى أمره بخصوص حالته وإمكانات نجاح علاجه ـ وهنا يجب أن يؤكد الأخصائى بأن الفحوص النفسية والطبية سوف تكشف عن حالته، وأنه سوف يناقش مع المريض كل اجراء بصراحة

ووضوح ..وينكر: أن كثيراً من الناس يستفيدون من الخدمات النفسية المقدمة، وأن الأخصائيين سوف يبنلون كل ما فى وسعهم لمساعدة المريض على حل مشكلاته (الزىادى: ١٩٦٩).

٢ - تاريخ النمو:

عادة ما تجمع بيانات تاريخ نمو الحالة من الآباء، وتكون الأم هى أفضل من يستطيع أن يدلى بها بدقة، لأنها الأكثر التصاقاً بالابن فى مراحل نموه الأولى.. ويفيد تاريخ النمو فى توضيح الدور الذى لعبته العوامل العضوية فى رسم الصورة الحالية للمريض.

ون بيانات تاريخ النمو ما يلى:

- تاريخ ميلاد الحالة ، عمر الأم وقت الحمل، وحالتها الصحية أثناءه، واتجاهاتها نحو الحمل.

.. عملية الولادة: الوقت الذى استغرقته عملية الولادة، كيف تمت الولادة (طبيعية، غير طبيعية، هل استخدم الطبيب أدوات جراحية)، الإضرابات أو الظروف غير العادية أثناء الولادة: كاستمرار حالة الاختناق وعدم قدرة الوليد على التنفس بعد الولادة) لأن تاستمرار هذه الحالة أكثر من اللازم قد يؤدى الى حدوث تلف فى الدماغ).

- طول ووزن المريض عند الميلاد وخلال لالسنة الأولى.

- الأمراض والإصابات الجراحية التى تعرض لها المريض، وعمره عند حدوثها، ومدة المرض وشدته (ذلك لأن بعض الإصابات قد تؤثر على تركيبه النيرولوجى أو اصابات للمخ)...

- علامات النمو: الرضاعة (من ثدى الأم أم صناعية) ونظامها (وفق جدول أم بدون .. الفطام (متى تم، وكيفيته، والصعوبات التى حدثت أثناءه) .. التسنين وبداية ظهور الأسنان، والعمر أثناءه، ودى حدوث اضطرابات صحية، توالى

ظهور الأسنان (بالتقريب) .. الاستجابة لمحاولات ضبط الاخراج، بداية ضبط الاخراج، التبول اللاإرادي ومدى استمراره، ردود فعل الأم إزاء ضبط الاخراج، مدى وجود صعوبات فى ذلك). المبنى وبدايته، الكلام (بداية النطق، بداية تكوين الجمل).

- السلوكيات الاجتماعية: الاستجابة لمولد الاشقاء، ومعاملة الوالدين له، التخليلات عن الذات، أبطال المفضلون، الاتجاه السائد فى الطفولة الأولى (متعاون، مطيع، محب للظهور، خجول، سلبي .. الخ).

- عادات النوم: مع من ينام، ومتى بدأ الاستقلال فى نومه، مشكلات النوم لديه (النوم يعكس الى حد كبير الاضطرابات النفسية لدى الفرد)، هل يصاب بالأرق: فى أول الليل أم آخره، أم لا يستطيع النوم فى أول الليل أم فى آخره، أم لا يستطيع النوم، النوم المستمر (نوبات نوم طويل).

- مشكلات النمو تعرض لها، عمره أثناءها، والاجراءات التى اتخذت مع الحالة - وتعرض قائمة بالاضطرابات الآتية: العصبية - القلق - المخاوف الزائدة - الجبن - الخجل - الوقاحة - الميل للمشاجرة - المزاج الحاد - الغيرة - المروق - السرقة - الكذب - التخين - التعاطى أو الانمان للمخدرات - مص الأصابع - قضم الأظافر - السادية - المازوخية - الغثيان - الاغماء - الصداع - الاحساس بالاجهاد السريع -ت اللزيمات العصبية - الحوادث والتشنجات - التهتهة - عيوب النطق - التهاب الدماغ - الكوريا (العصبية) - عسر الهضم العصبى.

- أرجاع الطفولة المبكرة: كنوبات الطبع - العناد - الريبة - التجهم - أرجاع خوف (منشأها وكيفية تتاول الوالدان لها) ، أرجاع حب أو تعلق زائد بالوالدين، اعتماد، حب مسرف ..، هل هو متوازن، سريع التشتت، أو مسرف النشاط، هل هو سهل العراك، قليل الصبر، محب لنفسه، قاسى على غيره من الأطفال

أو الحيوان، هل هو عديم الانتباه، غير مكترث بما يحيط به، كثير التدقيق، مكبوت، متوتر .. الخ.

- أراجع في الطفولة المتأخرة والمراهقة:

السؤال عن حرية التعبير، والاعتماد على الوالدين، هل الشخص قد بدأ يتحرر من ضبط الوالدين، هل هو سعيد في النشاط الجمعي، هل نزعه السائدة هي السعادة، وعدم تحمل للهموم، الانطلاق، الانبساط، هل له أصدقاء كثيرين، هل يتعامل مع الجنس الآخر بسهولة، هل لديه سجل خاص بالجناس، أو له صلة بأية هيئة مسئولة عن تنفيذ القانون ..

- بيانات عن الجنس: وبداية تلقيه تعليمات خاصة بالجنس - وما هي، عمره عند البلوغ، والمشكلات الجنسية التي ظهرت عنده، واستجابة الآباء لهذه المشكلات.

٣ - التاريخ الطبي:

يقصد بالتاريخ الطبي البيانات التي تتعلق بالأمراض والاصابات التي تعرض لها المريض أو أحد أفراد أسرته سابقاً وحالياً.. وتشمل أسئلة عن:

- الصحة البدنية للعميل ولأفراد أسرته (إن وجدت)، وتطورها تاريخياً، وخاصة: أمراض القلب، أمراض العظام أو المفاصل، أمراض الأعصاب .. الخ.

- نشأة وتطور المرض للمرض الخالي - مع تلخيص التسلسل الزمني للأحداث، والتطورات والمراحل الرئيسية التي مر بها.

- التاريخ المرضي السابق والأماليب العلاجية التي استخدمت (وقد تشمل الزار، والسحر .. الخ).

- الأعراض الهامة التي أدت الى إلحاق المريض بالمستشفى أو طلب العلاج.

- التشخيص والعلاج في كل مرحلة من مراحل المرض، والصعوبات التي واجهته (تقدم بطيء، تنذنب، تأخر .. الخ).

- عاهات الحواس وخاصة حاستي البصر والسمع.
- الاضطرابات الغذائية (أن وجدت) وطريقة تشخيصها وآثارها.
- الخصائص المزاجية والسلوكية لمرضى قبل وبعد المرض.
- اتجاهات العمل (للمريض) نحو العلاقة المحتملة بين الاضطرابات الانفعالية والبدنية.
- المظهر الجسمي العام للعمل (هل يبدو عليه المرض أم الصحة)، اعتدال القامة، شذوذ الجسم، حالة الشعر والملابس والأظفار، رائحة الجسم .. الخ؟
- العادات الحركية والأعراض الجسمية ذات الدلالة (خمول، نشاط زائد، رعشة، تصيب العرق، اضطرابات حركية، ضعف التآزر البصري الحركي، التعب الملحوظ .. الخ).
- أى علامات غير عادية ظاهرة مثل: الندبات، والتشوهات، والتعبيرات الوجهية (ويسأل المريض عن تاريخ كل حالة من الحالات السابقة - أن وجدت).
- الاضطرابات النفسية داخل الأسرة وتاريخها وتطورها (فى الماضى والحاضر) كالتخلف العقلى، الذهان، الأمراض العصبية، الصرع، الاضطرابات العصبية، للتعاطى أو الادمان .. الخ (ونلك فى الوالدين والاخوة والأقارب من الناحيتين).

- فى حالة وفاة أحد الوالدين أو الأقارب (تذكر أسباب الوفاة).

٤ - التاريخ الأسرى:

يقصد بالتاريخ الأسرى: الوصف الكامل لتاريخ الأسرة وأوضاعها الحالية وعادة يؤخذ التاريخ الأسرى من المريض ومن الوالدين (ويفضل أن نحصل عليه من كل من الأم والأب لاولاد منهما فقط اذا تيسر ذلك) على أساس أن يقابل الأشخاص النفسى كل منهما على انفراد، وبذلك يستطيع أن يقارن بين اتجاهاتهما

متصارعة مع بعضهما .. وفى حالة عدم وجود الوالدين يحاول الأخصائى النفسى أن يلتمس مصادر أخرى للمعلومات بالإضافة للمريض نفسه.

ويشتمل بيانات التاريخ الأسرى على بيانات عن أعضاء الأسرة المباشرين (الأب - الأم - الأخوة - الأقارب: الأجداد، والأعمام، والأخوال) ، وتتضمن:

- العمر الحالى لكل منهم، ومستوى تعليمه، ومهنته، والخلفية الاقتصادية والاجتماعية، والسمات المميزة لكل منهم، وعلاقته بالمريض وبباقي الأسرة (وإذا كان أحدهم متوفيا يذكر عمره الوفاة، وردود فعل المريض عند وفاة أى منهم).

- اتجاهات كل من الأب والأم أزاء وزجه وأزاء الأبناء (شفوق، عطوف، مسيطر، ديمقراطى .. الخ)، هواياته واهتماماته الترفيهية، مواهبه، خصائصه، ما صادفه من احباط... وغير ذلك من العوامل التى قد تعين فى تحديد أثره فى سلوك المريض مثل: علاقة الأبوة والأمومة وهل هى علاقة صد أو حماية مسرفة.

- وضع المريض مقارنة بأخوته من حيث : الترتيب الميلادى، علاقة كل منهم به، ومشاعر الغيرة (أن وجدت)، العلاقة بين الاخوة واتجاهاتهم أزاء بعضهم بعضا، صحتهم، الدراسة، محل اقامة كل منهم الراهن، مهنة كل منهم ونشاطاته ... الخ.

- الظروف الفيزيكية فى المنزل : الحصول على بيان زمنى موجز عن الحياة البيئية منذ الميلاد حتى الوقت الحالى بما فى ذلك تغيير المسكن، والنظام داخل البيت، والنظافة .. الخ.

- وسائل الضبط والاشراف : السؤال عما اذا كان الوالدان يختلفان جهراً بصدد النظام، هل هما على ثبات؟ أى نوع من النظام يتبعه كل منهما: التهديد،

الحرمان، العقاب هل الوالدان مدللان للأبناء، رخوان كابتان، قاسيان، عبادلان معقولان؟ هل هناك واجبات أو مسئوليات منزلية، التربية الدينية والخلقية...

- الأحداث التي حدثت لأحد أفراد الأسرة، أو الأمراض التي تعرض لها جريمة، تعاطى أو ادمان، دخول السجن، مرض، صمم، صرع، محاولة انتحار، ضعف عقلى، عيوب فى النطق، شلل، جنون، كف بصر... الخ).

- حوادث الطلاق والإنفصال التي حدثت فى الأسرة وعمر المريض عند كل منها، وكذا حوادث الزواج للمرة الثانية (أو أكثر)، الجو المنزلى العام (توفيق أم نزاع) - وذلك للكشف عن مدى ما تتمتع به الأسرة من استقرار انفصالي وصحة نفسية.

- مصادر التوتر فى الأسرة والمشكلات الأسرية خاصة ما يتعلق بالأمور المالية والعاطفية والغيرة والتنافس.

- الوسائل الترفيهية بالنسبة للأسرة ومدى مشاركة المريض فيها (قراءة، استماع، مشاهدة، رحلات .. الخ)، لم لاتوجد على الإطلاق.

- درجة تعلق المريض بأسرته (وثيقة ، ضعيفة)، الوالد المفضل - وأسباب ذلك.

- طموحات الأسرة بالنسبة للمريض، مع مقارنة هذا الطموح بقدراته العقلية واستعداداته.

- التنظيم داخل الأسرة والعلاقات الهرمية فيها، ومن المسيطر (الأب أن الأم).

ويجب ملاحظة:

* عم إبداء الأخصائى الكلينىكى دهشة لأى معلومات تعطى له أو استهجاناً لها أو اشمئزاً منها مهما كلنت غريبة أو شاذة.

* أن الاسئلة المرجحة يجب أن تلقى مباشرة وببساطة دون تكلف أو التماس أعذار ، يجب أن تلقى الأسئلة الحساسة بصورة طبيعية وواضحة دون أن توحي بإجابات معينة.

* أن الأخصائى.لابيهمه أسماء الأشخاص، بل يهتم التعرف على الخريطة الكلية للأسرة (الزىادى: ١٩٦٩).

٥ - التاريخ الشخصى الاجتماعى:

يهتم التاريخ الشخصى الاجتماعى بعلاقات المريض بالآخرين — ومن ثم يحاول الأخصائى النفسى التعرف على:

— علاقاته بأسرته وبأقربائه وأصدقائه وجيرانه ومعلميه: ويحاول الأخصائى النفسى التعرف على ما فى هذه العلاقات من خضوع أو سيطره أو اهمال أو مشاكسات، حب أو كره، أو مخاوف.

— التعرف على أصدقائه: وهل هم أكبر أم أصغر منه، وهل هم من نفس جنسه أم من الجنس الآخر، وهل هم من النوع للهادئ أم المشاكس .. الخ.

— والتعرف عما إذا كانت له علاقات غرامية، وان وجدت — يجب وصف عمره وعمر الطرف الآخر وطول العلاقة.

— التعرف على كيفية اكتسابه أمواله، وكيفية إنفاقه لها.

— التعرف على المحيط الاقتصادى والاجتماعى — وذلك لتحديد وضع المريض ضمن أسرته، ووضعها ضمن البناء الاجتماعى.

— التعرف على الأنشطة السياسية والرياضية والاجتماعية.

— التعرف على عاداته: كالتدخين، التعاطى، لعب الميمس...

— التعرف على العلاقات الاجتماعية مع الآخرين (مستقرة، سطحية، منذبذة).

٦ - التاريخ التعليمى:

التاريخ التعليمى للمريض له أهمية قصوى فى اعطاء الأخصائى النفسى فكرة عن قدراته واستعداداته السابقة — فى حالات السلوك الذهانى والاصابات العضوية خاصة — ومقارنة انجازه الحالى بانجازه السابق .. وفى حالة الأطفال

يكون من السهل الحصول على بيانات التاريخ التعليمى من معلم الفصل ومن المدرسة (خاصة إذا كانت المدرسة تحتفظ لتلاميذها بسجلات واقية عن تقديم الدراسى)، كما نحصل عليها من الآباء لعلهم بالحالة المدرسية للابن .. أما فى حالة الكبار الراشدين فإننا نجمع بيانات التاريخ التعليمى من المريض شخصيا ومن أسرته ومن أى تقرير مدرسى يمكن الحصول عليه..

ويشتمل التاريخ التعليمى على بيانات عن:

- تاريخ دخول المريض المدرسة والعمر عندها (لأنه من الممكن أن يكون قد دخل المدرسة فى غير مستوى العمر العادى).

- استجابة المريض طالبا: فيسأل عن: المنة الدراسية الحالية، والسن عند التخرج من كل مستوى تعليمى، وعدد السنوات التى اضطر الى اعادتها وأساليب ذلك (فقد تكون هناك أسباب أخرى غير القشل كأن تكون بسبب المرض أو اغيير المدرسة أو رغبة الوالدين)، والمواد التى يدرسها حاليا ، والنظر فى كل مادة (هل هى محببة الى نفسه أم غير محببة) - صعبة أم سهلة، وتقديراته فيها أو مستويات تحصيله فى كل منها)..

- الخطط والطموحات التعليمية والمهنية للمستقبل (ويسأل عنها المريض نفسه، أو الآباء للتعرف على خططهم المهنية التى رسموها للابن)، واهتماماته غير المهنية والصعوبات التى يحتمل أن يواجهها فى الدراسة فيما بعد.

- الجماعات التى ينتمى لها داخل المدرسة: ومدى الاندماج داخل جماعات الأصدقاء أو مدى انعزاله، وطبيعة الجماعات التى ينتمى اليها .. وهل الصداقات المدرسية كثيرة - قليلة - عارضة - عميقة ... عضوية الجماعات المدرسية وأدواره فيها، والآمال والمثل، والشخصيات المفضلة، والميول، والهويات، والعلاقات مع المدرسين .. الخ الأنشطة خارج المنهج، أنلة الزعامة، الترتيب فى الفصل.

- المواظبة، وعدد مرات الغياب عن المدرسة أو الامتحانات وأسباب ذلك.
- مدى تعاون الآباء مع المدرسة، وحضورهم الاجتماعات ومدى استبصارهم بمشكلة ضغط الوالدين على التلميذ ومدى التزامهم الانفعالي.
- المدارس التي اختلف اليها ومستوى تحصيله في كل منها؛ وهي تعطى فكرة عن مدى الاستقرار العائلي، كما أن التغيير المستمر للمدرسة يؤثر في شخصية الطفل نظراً لأنه يضطر الى قطع صداقاته وتكوين صداقات جديدة وعليه أن يعيد توافقه من جديد (الزيادي: ١٩٦٩).

٧ - التاريخ المهني:

- وهذا الجانب يخص تاريخ حالة الراشدين الذين التحقوا بعمل - اذ على الأخصائي الاكلينيكي الحصول على معلومات عن:
- الأعمال التي شغلها المريض: وهل تنقل في أعمال متعددة أم ثبت في عمل واحد وإذا كان قد تنقل بين أعمال كثيرة، فما المدة إلى مكثها في كل عمل، وسبب تركه له.
- متوسط دخل للفرد.
- علاقاته برفاقه في العمل ودرجة نجاحه فيه.
- حبه وكرهه لبعض الأعمال.
- تدريبه المهني الذي تلقاه في داخل العمل.
- هل أدى الخدمة العسكرية؟ - وفي حالة أدائه لها نتدرس: فترة التجنيد بالتفصيل، والمشاكل التي صادفها في هذه الفترة - وإلى أي حد تكيف للحياة العسكرية.
- الميول والانجازات المهنية، ودرجة الاستقرار المهني، والعوامل المرتبطة به (كتغيير المهنة، وتاريخه، وأسبابه).
- الرضا عن المهنة، ومستويات الطموح المهني، والعلاقة مع الزملاء والرؤساء والمرؤسين.

٨ - التاريخ الجنسى والزواجى :

على الرغم من أن التاريخ الجنسى والزواجى يخص حالة الراشدين المتزوجين، إلا أن هناك أسئلة ترتبط بالتاريخ الجنسى للفرد الذى يضرب بجذره فى طفولته الأولى .. ومن ثم فإن بيانات التاريخ الجنسى تتضمن:

- متى وكيف اكتسب المريض المعلومات الجنسية الأولى؟
- فكرته الأولى عن ولادة الأطفال، وعن العلاقات الجنسية بين الوالدين وهل كان ذلك صدمة له؟
- الخبرات الجنسية الأولى، والعادة السرية، واللعب الجنسى، العلاقات مع أفراد من نفس الجنس أو من الجنس الآخر.
- خبرات البلوغ ذات الطابع الجنسى مثل: سن البلوغ أو الدورة الشهرية - وردود الفعل إزاء هذه الخبرات.
- الاستجابة للنشاط الجنسى: قلق، شعور بالذنب، نقرز، اشباع .. الخ.
- خبرات الارتباط العاطفى.
- ظروف الزواج، نموذج (الزوج/ الزوجة)، الاتجاه نحو الزواج، الخبرات الزوجية، التوافق الجنسى فى الزواج، هل هناك اتفاق على تنظيم الأسرة - ومثله، والعوامل المرتبطة به ... الخ.
- ويغلب أن يكون الحديث فى هذه الموضوعات أمراً شاقاً بالنسبة للمريض - وفى هذه الحالة: قد يلجأ الأخصائى الاكلينيكى لأساليب غير مباشرة، مثل: السؤال عن اتجاهات الوالدين نحو موضوعات الجنس، وأفكار العميل عن الزواج .. وما إلى ذلك (ملكية: ١٩٨٠، ٨٧).

بطاقه إستقبال

إسم العيادة :
تاريخ اليوم :
رقم الحالة :
الكود تشخيصياً :

بيانات شخصية :

الإسم ثلاثياً :
الجنس :
تاريخ الميلاد :
الحالة الإجتماعية :
عدد مرات الزواج :
عنوان السكن الدائم :
التليفون :
إسم الشهرة (إن وجد) :
الديانة :
محل الميلاد :
العمر عند الزواج (إذا كان متزوجاً)

بيانات المشكلة أو المرضي الحالي :

محولاً من :
برفقة : ١-
٢-
٣-
العلاقة أو القرابة :
العلاقة أو القرابة :
العلاقة أو القرابة :

مستندات التحويل :

الفحوص السابقة :

التشخيص الطبي :

سبب التحويل :

مستجد أم عائد :

مرات وتواريخ التردد إن وجد :

أكتب قائمة الأمراض التي أصيب بها ولها علاقة بالاضطراب الحالي :

١	المرض	العمر عند الإصابة	مدة المرض	شدته
١				
٢				
٣				

الشكوى الحالية (يتم تحديد المشكلة أو المرض الحالي تفصيلاً) :

أسباب المشكلة أو المرض الحالي :

تاريخ ظهور المشكلة أو المرض الحالي لأول مرة :
الأوقات التي يقل فيها ظهور المشكلة أو المرض الحالي .

الجهود العلاجية السابقة :

التغيرات التي طرأت على الحالة مع كل محاولة علاجية :

- اتجاه التغير :

- سبب التغير :

المشكلات أو الأمراض الأخرى :

تعليقات :

التاريخ الأسري :

* الأب :

- حيا / متوفيا .

إذا كان متوفيا : عمره عند الوفاة :

سبب الوفاة :

عمر المريض عند وفاة الأب :

إذا كان « حيا » :

- عمره الآن :

عند ميلاد المريض :

المهنة :

- المستوى التعليمي :

- عدد مرات الزواج :

- العمر عند الزواج أول مرة :

- عدد مرات الطلاق :

- ميوله وعاداته :

- شخصية :

- حالته الصحية :

- مدى توافقه النفسي :

- علاقته بالمريض :

- اتجاه المريض نحوه :

هل يوجد زوجه أب ؟

(إذا كانت الإجابة «نعم» :

- العمر :

المهنة :

- الشخصية :

عمر المريض عند زواجها من أبيه :

- علاقتها بالمريض :

- اتجاه المريض نحوها :

* الأم :

- حية / متوفية :

(إذا كانت متوفية) :- عمرها عند الوفاة :

- سبب الوفاة :

- عمر المريض عند وفاة الأم :

(إذا كانت حية) :

- عمرها الآن :

عند ميلاد المريض :

المهنة :

- المستوى التعليمي :

- عدد مرات الزواج :
- العمر عند الزواج لأول مرة :
- عدد مرات الطلاق (إن وجد) :
- ميولها وعاداتها :
- شخصيتها :
- حالتها الصحية :
- عدد مرات حملتها :
- مدى توافقها النفسي :
- علاقتها بالمريض :
- اتجاه المريض نحوها :
- هل يوجد زوج أم ؟
- (إذا كانت الإجابة « نعم » - :
- العمر :
- الشخصية :
- علاقتها بالمريض :
- اتجاه المريض نحوها :
- * العلاقة بين الوالدين :
- نوعها : جيدة - عادية - مضطربة .
- أهم المشكلات بين الوالدين :

عدد مرات الاجهاض :

المهنة :

عمر المريض عند زواجه من أمه :

- اتجاه المريض من المشكلات الوالديه :
- * الاخوة والأخوات الأشقاء (بالترتيب)

م	الإسم	العمر	الجنس	المهنة	الحالة الزوجية	الشخصية
١						
٢						
٣						
٥						
٦						

تعليقات :

«الآخرة والأخوات غير الأشقاء (بالترتيب)»

٤	الإسم	العمر	الجنس	المهنة	الحالة الزوجية	الشخصية
١						
٢						
٣						
٥						
٦						

تعليقات :

• القرين :

الإسم :

المهنة :

العمر عند الزواج :

مدى التوافق النفسي :

العمر :

المستوى التعليمي :

الحالة الصحية :

• الأولاد (بالترتيب) :

٤	الإسم	العمر	الجنس	المدرسة/المهنة	الحالة الزوجية	الشخصية	علاقته بالمريض	اتجاهه نحو المريض
١								
٢								
٣								
٥								
٦								

تعليقات :

* الأفراد الذين يعولهم (غير القرين والأولاد)

م	الإسم	العمر	الجنس	المدرسة/المهنة	الحالة الزواجية	الشخصية	علاقته بالمريض	اتجاهه نحو المريض
١								
٢								
٣								

تعليقات :

* الأقارب الآخرين الذين يعيشون مع الأسرة :

م	الإسم	العمر	الجنس	المدرسة/المهنة	الحالة الزواجية	الشخصية	علاقته بالمريض	اتجاهه نحو المريض
١								
٢								
٣								

تعليقات :

* الآخرين الذين يمكن الاستعانة بهم :

م	الإسم	العمر	الجنس	درجة القرابة	المدرسة/المهنة	الحالة الزواجية	الشخصية
١							
٢							
٣							

تعليقات :

- الوضع الاقتصادي العام للأسرة :

جملة الدخل الشهري :

جملة المنصرف الشهري :

- المشكلات الاقتصادية في الأسرة :

- السكن ونوعه : عدد الحجرات : عدد الأفراد في الحجرة : حالة السكن :
- هل للمريض حجرة مستقلة :
- مريض المريض في الأسرة بالمقارنة إلى بقية إخوته :
- هل هناك أحد أفراد الأسرة حدثت له أحداثاً معينة أو أصيب بمرض ؟ :
- اذكر حوادث الطلاق أو الانفصال التي حدثت في الأسرة - وعمر المريض عند كل منهما :
- اذكر حوادث الزواج للمرة الأولى التي حدثت في الأسرة المباشرة للمريض .
- طموح الأسرة بالنسبة للمريض ؟
- أهم مصادر التوتر في الأسرة :
- وما استجابة المريض لها :
- أهم الوسائل الترويحوية بالنسبة للأسرة :
- مدى مشاركة المريض في هذه الوسائل :
- أمراض الأسرة :
- (ادمان ، مخدرات ، كحوليات) - صرع - شخصيات غير سوية
- أمراض نفسية (انكراها) :
- أمراض جسمية (انكراها) :
- درجة قرابة الأبوين بالدم :
- صف أية ظروف نفسية واجتماعية أخرى في المنزل تراها هامة :
- أي معلومات أخرى .

التاريخ الشخصي الإجتماعي :

- العلاقة بالجيران :
- العلاقة بالرفاق والأصدقاء :
- هل أقرانه أكبر أم أصغر منه ؟ :
- وهل من نفس الجنس أم من الجنس الآخر ؟ :
- هل يتسمون بالهدوء أم بالمشاكسة ؟ :
- صف علاقته الفرامية - موضعاً : عمره ، عمر الطرف الآخر وطول العلاقة :

- الجماعات التي ينتمي إليها :
- اتجاهاته النينية :

- القيم التي يعتنقها :
- الميول والهوايات :

- نوع القراءات :
- النشاط الإجتماعي :
- عادات وتقاليد غريبة :
- أهدافه في الحياة :
- هل حققها (نعم / لا)
- في حالة الإجابة بالنفي : أسباب عدم قدرته على تحقيق أهدافه والمقبات التي تحول دون تحقيقها :

- فلسفته في الحياة :

- كيفية اكتساب الأموال وكيفية انفاقها :

- العادات الشخصية :

- ١ - تدخين ٢ - خمر ٣ - مخدرات
 - ٤ - سينما (أنواع الأفلام) :
 - ٥ - تلفزيون (نوع البرامج) :
 - ٦ - مقاهي (تذكر عدد الساعات ونوع الرفاق) :
 - ٧ - نوادي وجمعيات (تذكر الأنشطة) :
 - ٨ - أخرى (تذكر) :
- تعليقات :

تاريخ النمو :

- طول فترة الحمل :

- حالة الأم الصحية أثناء الحمل (إذا كانت قد أصيبت بأمراض تذكر ، مع بيان مده كل منها والعلاج المستخدم ، والنتائج) :

- نوع الولادة : طبيعية - عسرة - قصيرة - قبل الأوان - تامه -

- الوقت الذي استغرقته عملية الولادة :

- أين تمت الولادة ؟ :

- هل حدثت اضطرابات أثناء الولادة ؟ :

- إصابات أو آفات ولادية (تذكر تفصيلاً) :

- وزن المريض عند الولادة : بعد أربعة أسابيع :

بعد ستة أسابيع :

- نمو مابعد الولادة : متقدم - عادي - متأخر - صحي - مريض .

- صحة مرحلة الطفولة (اذكر قائمة الأمراض التي أصيب بها) :

م	المرض	السرعة الإصابة	مدة المرض	شدته	أثره
١					
٢					
٣					

- هل أصيب المريض بآية إصابات جراحية في الطفولة ؟ (اذكر أنواعها وعمره عند الإصابة وشدها) :

- نوع الرضاعة : طبيعية / صناعية .
- العمر عند القطار وطريقته :
- متى بدأ ظهور الأسنان ؟
- متى تم ضبط عمليات الإخراج : نهاراً ليلاً

- متى استطاع المريض أن يجلس دون مساعدة :
- متى استطاع المشي :
- متى نطق بالكلمة الأولى : متى استطاع أن يكون جملأ :
- متى استطاع استخدام الملاعة : الفئجان :
- أهم الأعراض العصبية أو السلوكية في الطفولة :
- سورات غضب - مص أصابع - تبليل الفراش - هزخات فزع ليلي
- مشي أثناء النوم - مخاوف زائدة - لزمات عصبية - تشنجات
- غيرة - خجل - سرقة - كذب
- التهتهه - عيوب أخرى في النطق .
- تعليقات :

- عاداته في النوم :
- مع من ينام ؟
- متى بدأ الاستقلال في النوم ؟
- مشكلات النوم (تذكر تفصيلاً) :
- أهم الخبرات السيئة الصادمة في الطفولة :
- أية مشاكل أخرى أثناء النمو - اذكر عمره عندما تعرض لها ، والإجراءات التي اتخذت في هذه الحالة (تذكر تفصيلاً) :
- في الطفولة المبكرة :

في الطفولة الوسطى والمتأخرة :

في مرحلة المراهقة :

التاريخ التعليمي

- تاريخ دخول المدرسة الابتدائية :
- العمر عند الدخول
- استجابته للخبرة المدرسية الأولى :
- إذا كان طالباً فما السنة الدراسية المقيد بها حالياً :
- وإذا لم يكن طالباً فما آخر مستوى تعليمي وصل إليه :
- المدارس والكليات التي درس فيها :

المرحلة	المدرسة/الكلية	السنوات التي قضاها	الميل العام نحوها	المواد المحببة	المواد غير المحببة	مستوى التحصيل	المواظبة
ابتدائية							
اعدادية							
ثانوية							
جامعية							
فوق الجامعية							

- هل اضطر إلى أن يعيد سنوات دراسية ؟
- إذا كانت الإجابة بالإيجاب فعماهي هذه السنوات - وما الأسباب ؟
- العلاقة بالمدرسين :
- المشكلات السلوكية في المدرسة :
- الهوايات وأنواع النشاط المدرسي :
- المواهب والمهارات الخاصة :
- المصاعب التي يحتمل أن يواجهها في الدراسة مستقبلاً (إذا كان طالباً) :
- صف مدى تعاون الآباء مع المدرسة :
- الخطط الدراسية المستقبلية :
- تعليقات :

التاريخ المهني

- تاريخ أول وظيفة :

- المهن السابقة :

المهنة	الدرجة	جهة العمل	تاريخ بدء العمل	السنوات التي قضتها في العمل	عدد مرات الغياب في الشهر	أسباب الغياب الشهري	المرتّب	سبب تغيير المهنة

- الوظيفة الحالية : تاريخ الاشتغال بها :

- المرتّب (الأجر الشهري) حاليا :

- مدى الرضا عن العمل :

- المواظبة في العمل الحالي :

- مدى الاحساس بالتقدم في العمل الحالي :

- العلاقة بالزملاء في العمل :

- العلاقة بالرقباء في العمل :

- الشعور بالمسئولية في العمل :

- أسباب الاضطراب في العمل (إن وجد) :

- الطموحات المهنية :

- الخطط المهنية المستقبلية :

- ملاحظات أخرى على المهنة :

التاريخ الجنسي والزواجي :

أناث

- المعلومات عن الجنس :
- تاريخ أول حيض :
- كيف تم إستقبالة :
- انتظامه فيما بعد :
- مدته بالأيام ومقداره :
- بالأم أو بدون :
- التغيرات الانفعالية :
- ميعاده شهريا وأعراضه :
- درجة الانجذاب للجنس : قوية - متوسطة - ضعيفة
- كيفية تخفيف توتراته :
- بدائل اعلاء متاحة :
- مصدر المعلومات عن الجنس :
- الصداقات أكثر : من نفس الجنس - الجنس الآخر
- المعارف والأقارب من الجنس الآخر :
- إمكانات وقيود الاتصال بهم : في الأسرة / في المدرسة / في خلوة
- خبرة أول تقرب من الجنس الآخر : ناجحة ومشجعة / صمد ونكوص
- عدد مرات الوقوع في حب :
- مدة الاستمرار :
- سبب الانتهاء :
- تعليقات :

ذكور

- المعلومات عن الجنس
 - تاريخ أول اجتلام أثناء النوم :
 - مدى تكراره أو نوريته :
 - افتعاله بالاستمناء في اليقظة (نعم / لا) :
 - عدد المرات في الأسبوع :
 - مشاعر الاثم الناتجة : قاسية - محتملة - لا توجد
 - العلاقة بالوالدين في تلك الفترة :
 - الميل للأصدقاء : (أكثر من نفس الجنس - أصدقاء من الجنس الآخر)
 - المعارف والأقارب (من نفس الجنس - من الجنس الآخر)
 - امكانيات وقيود الاتصال بهم : في الاسرة - في المدرسة - في خلوه
 - خبرة أول تقرب من الجنس الآخر : ناجحة ومشجعة - صدمتك
 - عدد مرات الوقوع في حب :
 - مدة الاستمرار :
 - سبب الانتهاء :
 - أول ممارسة جنسية (ان وجد) :
 - في سن :
 - شريك العلاقة :
 - المشاعر : الخوف والامتناع - أم التجاوب والاستمرار
 - أسباب الامتناع : دينية - اجتماعية - خلقية (تذكر) :

- تعليقات :

للمتزوجين :

- كيف تم التعرف على الرفيق (الزوج/ الزوجة) :
 - هل ينطبق الرفيق مع النموذج الفكري لديك ؟
 - الاتجاه نحو الزواج :
 - الخبرات الزوجية :
 - مدى التوافق الجنسي في الزواج :
 - هل يتم تنظيم النسل :
 - وسائله :
 - العوامل المرتبطة به :

الفحص النفسي

- آخر فحص نفسي وتاريخه :

- الأمراض النفسية السابقة :

المرضى	العمر	المدة	العيادة/ المعالج	النتائج

- الأمراض النفسية في الأسرة :

الاسم	العمر	المرض	العيادة/ المعالج	النتائج

- فحوصات الذكاء والقدرات العقلية السابقة والحالية :

الاختبار	تاريخ الاختبار	نسبة الذكاء	متوسط نسبة الذكاء

مقاييس الشخصية :

المقياس	ملخص النتائج

اضطرابات الشخصية :

- تعليقات :

الفحص الطبي

- آخر فحص طبي (بتاريخ) :

- الأمراض الجسمية السابقة :

م	المرض	العمر	المدة	العيادة/ المعالج	النتائج
١					
٢					
٣					

- العمليات الجراحية السابقة

م	العملية	العمر	العيادة/ المعالج	النتائج
١				
٢				
٣				

- الأمراض الجسمية في الأسرة

الإسم	العمر	المرض	المدة	العيادة/ المعالج	النتائج

- الأمراض الجسمية الوراثية في الأسرة

المرض	الإسم	العمر	القرباه للمريض	ملاحظات على المرض

ـ الاصابات أو العاهات أو الجروح السابقة :

٢	الاصابة	العمر	العيادة التي تمت مراجعتها	النتائج
١				
٢				
٣				

الحالة الصحية العامة :

الفحوص الطبية :

٢	الفحص	تاريخه	النتيجة
١			
٢			
٣			
٤			

الفحص العصبي

- آخر فحص عصبي وتاريخه :

- الأمراض العصبية السابقة :

المرض	العمر	المدة	العيادة/ المعالج	النتائج

الأمراض العصبية في الأسرة :

الإسم	العمر	المرض	المدة	العيادة/ المعالج	النتائج

الأمراض العصبية الوراثية في الأسرة :

المرض	الإسم	العمر	القراءات	ملاحظات

نتائج الفحوص العصبية :

الفحص	النتيجة	الفحص	النتيجة

تمليقات :

ملخص فحص وتاريخ الحالة :

مثال لدراسة تاريخ الحالة

البيانات الأولية :

- الاسم : (م . ع . أ)
- محل الإقامة : ريف
- الجنس : ذكر
- عدد الأخوة : ٥
- العمر : ٨١ سنة
- حجم الأسرة : ٨ أفراد
- المستوى التعليمي : الفرقة الثانية
- ثانوى تجارى
- الترتيب الميلادى : الثالث
- النبائة معلم
- نوع السكن : ملك
- الحالة الاجتماعية : أعزب
- العلاقة بين الوالدين : الأب والأم معا.

وصف الحالة:

- الشكل والمظهر : نحيف القوام ، الملابس نظيفة إلى حد ما، الشعر قصير أسود، دكن العينين، هادئ الحركة.
- الإطار الفكرى : بطئ فى الإجابة عن الأسئلة ، يجد صعوبة فى تسمية الأشياء بأسمائها الصحيحة.
- الناحية الانفعالية : يبدو فى حديثه متوترا قلقلًا.

التاريخ للصحة:

- الشكوى الحالية : يعانى من نوبات الصرع الأكبر التى تحدث على فترات متباعدة.. أصيب فى الفترة الأخيرة بخمس نوبات صرعية كبيرة فى خلال سنة وثلاثة أشهر.
- أحداث النمو : يذكر الوالدان : بأن الأم لم تصب بأى أمراض خطيرة أثناء الحمل وإن كانت هناك صعوبات أثناء الولادة، وبعد الولادة كان تطوره البدنى عاديا خاصة للتسنين والمشى والقطام، توقف عن تبديل الفراش فى سن السابعة، كانت تعاوده نوبات الحمى المتكررة خلال السنوات الثلاث الأولى.

- بدايات المرض ومسيره : بدأت التشنجات المتكررة تحدث للطفل عقب نوبات الحمى، وقد بدأ عرض حالته على الأطباء وهو فى عمر الثالثة عندما بدأت تظهر عليه نوبات حبس التنفس خاصة عند وقوعه على الأرض ، أو ضربه على الرأس، أو بعد أن يخطف أخوه الأكبر لعبته من يده.. وكانت نوبات حبس التنفس قد زالت عنه، إلى أن بدأت تأتية نوبات الصرع الأكبر وهو فى عمر الخامسة عندما يصاب بالحمى، وتم علاجه فى هذه الفترة ثم بدأت تعاوده هذه النوبات بصورة متكررة وهو فى الرابعة عشرة من عمره.. أجريت له فحوصات طبية ورسم المخ التى تبين منها وجود بؤرة انقراغات صرعية فى الفص الصدغى من المخ.. يأخذ العلاج بانتظام، غير أن أحد الأطباء قد قرر بأنه يحتاج إلى فحوصات إضافية لتحديد موضع ورم فى الفص الأيمن من المخ بسبب النوبة الصرعية، وإذا ثبت ذلك فربما أجريت له عملية جراحية.

- توجد علاقة قرابة من بعيد بين والدين، ولا يوجد أى فرد آخر فى الأسرة مصاب بالصرع.

- تسبق نوبة الصرع علامات تدل على أن نوبة الإغماء سوف تحدث : حيث يشعر بتخدير فى الأطراف ، ودوار فى الرأس، وتعب فى الجسم ، وذلك قبل حدوث الإغماء بيوم أو عدة ساعات .. ولذلك : فهو يلتزم الجلوس فى البيت ولا يخرج .. وعندما يفيق من النوبة يجد الأسرة كلها حوله فى ارتباك وانزعاج، غير أنه يشعر بصداغ شديد ويغلبه النوم.

- أهم الأعراض الجسمية الأخرى : الصداع ، وفقدان الشهية.

التاريخ الأسرى :

- الأب : يبلغ من العمر ٥٢ سنة، متعلم ، يعمل موظفا بالقطاع الحكومى، ريفى، يتميز بالشدّة والصرامة، والتفكير فى الصرف على الاحتياجات الخاصة بالأمرة، مدخن.

- الأم : تبلغ من العمر ٤٥ سنة، حاصلة على الابتدائية، ربة بيت، من أصل حضري ، تعيش في القرية منذ زواجها ، منقلبة المزاج ، تارة تكون متساهلة متسامحة عطوفة، وتارة تكون عصبية - خاصة في حالة الشجار مع الأب.

-الأخوة : الحالة هو الثالث في الترتيب الميلادى بين ستة من الأخوة الأشقاء ، يسبقه أخت هي الكبرى، عمرها ٢٣ سنة تخرجت من الجامعة ، وأخ عمره ٢١ سنة طالب بكلية الحقوق، ويلي الحالة اختان : إحداهما عمرها ١٦ سنة في الفرقة الثانية ثانوى والثانية في الإعدادية ، وأخيرا أخ في الابتدائية .. تقوم علاقته مع أخوته على الحب، وهناك تنافس بينه وبين أخته الأصغر منه التي وصلت نفس السنة الدراسية التي يدرس بها ودخلت الثانوى العام (في حين أنه في الثانوى التجارى) ، والسبب أنه قد رسب عامين بسبب المرض.

- طريقة تربيته : نشأ نشأة ريفية ويعتقد أنه هو المحفوظ من والديه بين أخوته - وقد يرجع ذلك الى حالته المرضية فقد كان في طفولته مغلوبا على أمره منطويا، اذ كان الوالدان يعاملانه منذ الصغر بأنه طفل عاجز، يخافان عليه من كل صغيرة، ويفعلان له كل شئ شديدي القلق عليه، وكان الأب أو الأم يصطحبانه الى المدرسة ومنها كل يوم، يجعلان الاخوة يعملون له كل شئ، وعندما يخرج يرسلان مرافقا له خوفا من حدوث نوبة الصرع في الشارع.

- يقول الحالة : " كان يجب أن يفهم أبى وأمى أنني الآن كبرت وأصبحت رجلا، ويحملتنى المسؤولية ، وأشعر بأنهما قد أخطئا طريقة تربيته فلم يجعلانى أستهل بنفسى وأفقد الثقة فى قدرتى على أداء أى عمل .. وعلى الرغم من جمودالأب، الا أن الطريقة التي تربي عليها كانت تتسم باللين ولم يتعرض أبدا للعقاب البدنى، وعلى الرغم من أن الأب يعتقد أن القسوة تربي رجلا حازما أمام الصعوبات، فإنه عندما كان يخطئ يزجره بالفاظ

عقبة مما كان يترك لديه آثارا نفسية حادة ، ويسبب لها انهيارا نفسيا، وكثيرا ما يأخذ صورة الهروب من الاستجابة أمام الأب.

-المشكلات الأسرية : يذكر المفحوص : بأن والديه على الرغم من أنهما تربطهما صلة قرابة بعيدة، إلا أن زواجهما ليس فيه تقاهم، فكثيرا ما تحدث مشاجرات كلامية بينهما أمام الأولاد، وغالبا ما يكون سببها مصروفات الأسرة.

الحياة المدرسية:

دخل المدرسة الابتدائية بفرح وسرور لأن أخته وأخاه الأكبر منه كانا سعيدين بالمدرسة غير أنه عندما ذهبت به أمه الى المدرسة في أول يوم شعر بصدمة بعد أن تركته، وبدأ يشعر بخوف شديد وهو في داخل المدرسة خاصة عندما تتركه أخته وأخوه ويدخلان فصليهما وقد استطاع التغلب على مشكلاته وواصل دراسته، ولم يرتبط بزملاء الا في المدرسة الاعدادية.. كان يخشى المدرسين خاصة الذين يستخدمون الضرب والقسوة، وان كان كثير من المدرسين يعاملونه بالعطف والشفقة واللين خاصة عندما يعرفون بوجود حالة الصرع عنده .. كان الوالدان لا يضغطان عليه في مذاكرة دروسه. فاما أن يذكر أو يلعب أو ينام- كيفما شاء.

- عن تحصيله الدراسي الحالي : فهو متوسط.

- أهم المشكلات التي قابلته في دراسته هي : الرموب مرتين، وعدم التركيز أثناء شرح المدرس، وتشتت انتباهه، وكذلك عند استذكار دروسه، وتكثر هذه الشكوى مع اقتراب الامتحانات النهائية، حيث يشعر بالفشل، وبأن تفكيره مشلول وقدرته على التركيز ضعيفة .. كثيرا ما كان يتفوق في اللغة العربية ولكنه يرسب في الرياضيات.

العلاقات الاجتماعية:

- الأصدقاء : يتميز بأنه منطو على نفسه خارج المنزل، ولا يستطيع التعامل مع الآخرين ودائما يخرج مهزوما ومنسحبا في المشاجرات التي تحدث

بينه وبين أقرانه من رفاق اللعب أو المدرسة.. كثيرا ما يفضل البقاء فى المنزل خوفا من حدوث نوبة الصرع وهو خارج المنزل، وتجنباً لآى خلاف مع رفاقه - فهو يشعر بأنهم يستضعفونه.. وبأنه أقل منهم.

- أما عن الجيران : فإن علاقته بهم محدودة، وكثيرا ما تنكر الأسرة أصابته بالصرع وتذكر أنه مريض بمرض عادى، ولا تذكر هذا المرض أمام الجيران أو ضيوف الأسرة.

كيفية شغل أوقات الفراغ :

من هواياته : سماع الراديو وخاصة الأغاني العاطفية والبرامج الثقافية ، هو يحب الرياضة لكنه لا يمارسها، ويتابع الأخبار الرياضية، وهو لا يشاهد التلفزيون الا نادرا لأن الأطباء يحذرونه من طول الجلوس أمام شاشة التلفزيون، فقد كانت تحدث له بعض النوبات أثناء مشاهدته لأفلام التلفزيون.

الحالة الانفعالية:

- يعانى من القلق والذعر مع مشاعر اكتئابية حادة، والخوف من الوحدة، مع الأرق الليلي، وعدم احتمال أوقات الانتظار ، لديه احساس بالنقص والحساسية الشديدة لآراء معاملة الناس له ، فهو يشعر بأنه أقل من غيره والسبب فى ذلك هو المرض الذى يعانى منه.
- عندما يكون مع الآخرين يشعر بالاطمئنان.
- عند الغضب : يكره الجميع ، ويشعر بالاستثارة والرغبة فى الانتقام.
- عندما يشعر بعلامات حدوث نوبة الاغماء : يشعر بأنه سوف يموت، ولن يفوق منها .. وعندما يشعر بالصداع فإنه لا يستطيع التفكير فى أى شئ.
- عند التفكير فى المرض يشعر بالتوتر واليأس لأنه يسبب المتاعب لمن حوله خاصة للأسرة ويشعر بأنه حمل زائد عليهم ، ولذا : فإنه كثيرا ما يفكر فى الموت وهو صغير حتى لا تحدث متاعب كثيرة اذا كبر وهو فى نفس الحالة الميؤوس منها.

الحالة الجنسية :

تخلو من أى خبرات جنسية، سوى حدوث عمليات الاستحلام الليلي، وليست له أية علاقات حالية أو ماضية ، ولايستطيع التعامل مع الجنس الآخر، ويرى أنه لا ينبغي له الحديث أو الاقتراب من الأنثى.

فكرته عن نفسه :

يقول : " أنا شديد الطيبة ولا أحب الشر وأحب الخير لكل الناس، وعندي اندفاع لخدمة الناس، غير أن الناس يعتقدون أنني غبي وضعيف وهذا يسبب لى حزنا شديداً".

الرؤية المستقبلية:

يعانى من الانهيار النفسى بدليل انه يفكر فى الموت حينما تعاوده النوبات الصرعية من أن الى آخر، ويجد أن حالته ميئوس منها، خاصة عندما تواجهه ظروف صعبة ولو كانت تافهة، أو عندما يتوقع الفشل فى مستقبله المهنى، أو أنه يمكن أن يتمتع عن الزواج حتى لا يصاب أولاده بالمرض.

أما عن طموحه المهنى : فهو كان يتمنى أن يصبح طبيباً يعالج الأمراض المستعصية مثل مرض الصرع، ولكنه يرى : بأن هذا الأمل قد أصبح بعيد المنال بالنسبة له، فهو الآن لن يستطيع دخول الجامعة .. وهو يرى : أن كل شئ بالنسبة للمستقبل ضده ، ولا يرى مستقبلاً مشرقاً مثل بقية الناس، بل يتوقع المتاعب والصعوبات مع استمرار المرض اللعين وظهوره بصورة مفاجئة.

الأحلام:

كثيراً ما يرى أحلاماً مزعجة حيث يرى أنه يموت أو موشك على الموت : فمرة رأى أنه يقف على حافة بحر واسع ممتد " البحر المالح" وأن أمواجه عالية، وأن رجليه تنزلقان من فوق الشاطئ لتبتلع الأمواج .. ومرة أخرى رأى حلماً آخر: وهو أنه يسير فى صحراء أو غابة ولا يعرف كيف يعود الى بيته ويخاف من الحيوانات المفترسة فيها.

تحليل تاريخ الحالة:

يكشف تاريخ الحالة عن : حالة مرضية يمثل الاحساس بالدونية حجر الزاوية فى بنائها النفسى وعجز عن مغالبة الصراعات المرتبطة بانخفاض تقدير الذات، مما خلق أنا ضعيف غير قادر على مواجهة الواقع الذى يحياه المريض، وهذا الشعور عميق الجذور لأن بداياته كانت فى حياة الطفولة : فمع الإصابة بمرض الصرع أصبح الجميع يشفقون عليه، وتتم حياته عن قلق الوالدين البالغ عليه فيحميانه حماية زائدة ، ويعيش مدحلاً بافراط من والديه، وتشعره أسرته بدونيته ولا يتيح له فرصة الاستقلال بنفسه والثقة فى ذاته ، فيصبح شديد الاعتماد على غيره.. وأصبح الشعور بالدونية العصبية هو لب مشكلة المريض، حتى أنه قد فشل على المستوى المتخيل عن مغالبة هذه الدونية.

ولقد تراكمت خبرات الاحباط الصدمى فى الطفولة وأصبحت حياته تكاد تخلو من السعادة فمذ طفولته وهو يغالب عجزه الجسمى فى التعامل مع الآخرين بسبب حالته المرضية وضعفه مما جعله يستشعر دونيته فى التعامل مع أقرانه فيخشى التشاجر معهم وينطوى على نفسه، ويعتقد أن الآخرين يستضعفونه ويحتقرونه مما ترك لديه أثراً بارائوية، فينزوى بعيداً عن جماعات اللعب الطفلية، ويخشى حدوث نوبات الصرع. كما تودى حالته المرضية الى تأخره الدراسى والى لحاق أخته الصغرى به فى نفس المستوى الدراسى ولكن فى وضع أفضل (فهى فى الثانوى العام وهو فى للتجارى) .. ونظرا لمشاعر الدونية والانحماق فقد استعان المفحوص بالقدرة الخيالة المطلقة التى توظفها أثناء العاجزة لتحقيق طموحات بعيد المنال حتى هذه الطموحات العاجزة تنتهى فى الغالب الى الفشل: فيتخلى عن فكرة الالتحاق بالجامعة وعن أن يصبح طبيباً مشهوراً.

ولعل انتقال الأم من المدينة الى الريف ، وعدم انسجامها مع زوجها ومع أهل الريف قد ترك لها ميراً عداًياً ظهر فى علاقتها بزوجها وبأبنائها ازاء المشكلات التى تواجهها وانعكس انعكاساً سلبياً على الحالة وارتبط بمشاعر الدونية لديه.

ومع تراكم خيبات الأمل : تراجعت الطاقة اليبدية لدى المريض الى نقطة الخطر . وفرضت عليه دونيته العصابية والاحساس بالفشل الجنسي والشك فى ذكوريته، ولم تكن لديه القدرة على التفكير فى الأمور الجنسية أو الحديث عن الأنثى خوفا من تزايد الشعور بالذنب بالاضافة الى مشاعر العدوانية المكبوتة.. كل ذلك قد أدى الى توتر حاد لايسطيع السيطرة عليه.

وعن فكرته عن نفسه : يصورها فى صورة مثالية مفرطة فى تقديره لذاته وحبه للخير لجميع الناس ومد يده لمساعدة الجميع - كحلية دفاعية مزدوجة تقوم بها الأنا فى حالات العصاب القهرى، وتكون النتيجة لحساب الأنا العليا باعثة الذنب وانخفاض تقدير الذات.

وبدلا من استخدام دفاعاته على المستوى التخليلى لمشاعر العجز فقد كانت صور الأحلام نماذج للخوف الذى يلاحقه من جراء مرضه وضعفه فى مغالبة قوى المجتمع من حوله، واستشعاره بالدونية العصابية ومشاعر الانهزام : فيرى نفسه وسط بحر هائج مترامى الأطراف وتدل قنميه نحو الغرق فيه وعدم قدرته على مغالبة الخطر - ولعله خطر المرض المحيط به والمسبب لمشاكله وآلامه.. كما أن الصحراء تمثل الاحساس بالوحدة ، والخوف من الحيوانات المفترسة يمثل الخوف من المرض، ومن التشاجر مع أقرانه ، ومن ضياع المستقبل وعدم القدرة على العمل أو الزواج الى جانب تنمية الموت الذى ظهر على لسانه للتخلص من دونيته.

وهكذا : تنزل الدونية العصابية هى المسيطرة على اللوحة الكلينيكية للمريض وتتسحب تحتها كل أعراض القلق والاكتئاب والمخاوف المرضية شعوريا ولاشعوريا .

الفصل السابع

المقابلة الاكلينيكية

المقابلة interview هي قلب العمل الاكلينيكي ، وتعد احدى الأدوات الأساسية التي يستخدمها الأخصائي النفسي الاكلينيكي ويعتمد عليها في الحصول على البيانات عن الحالة (المريض) مما يساعده في عمليتي التشخيص والعلاج.

تعريف المقابلة :

لقد كان لرواد علم النفس الاكلينيكي الأوائل أمثال . بنجهام ومور Bingham & Morre (١٩٤١) جاريت Garrett (١٩٤٢) روجرز Rogers (١٩٣١) سيموندز Symonds (١٩٣١) وليامسون ودارلي Williamson & Darley (١٩٣٧) الفضل في تحديد مفهوم المقابلة وأسسها:

- ويندل مصطلح المقابلة على تقابل فردين أو أكثر وجهها لوجه في مكان ما لفترة زمنية معينة هذه المقابلة تكون عادة نتيجة لسبب معروف مقدما، وبناء على موعد مسبق في أغلب الأحيان بين المتقابلين.
- وتعرف المقابلة أيضا : بأنها محادثة ومواجهة لتحقيق هدف محدد، ويتم بين أطراف معينة ، في صورة عملية تتميز بالتفاعل بينهم وقد تستخدم في الحصول على معلومات ، أو في إعطاء معلومات، أو في التأثير على سلوك الأفراد بشكل معين ، أو في تحقيق هذه الأهداف مجتمعة.
- ويرى زهران (١٩٨٠) أن المقابلة علاقة اجتماعية مهنية دينامية وجهها لوجه بين الأخصائي والعميل (المريض) في جو نفسي آمن يسوده الثقة المتبادلة بين الطرفين ، بهدف جمع معلومات من أجل حل مشكلة.. أى أنها علاقة فنية حساسة يتم فيها تفاعل اجتماعي هادف وتبادل معلومات وخبرات ومشاعر واتجاهات ، ويتم خلالها التماسك عن كل شيء .. وبذلك فان المقابلة نشاط مهني هادف وليست محادثة عادية.

وهكذا ننتهى الى أن : المقابلة عبارة عن علاقة دينامية وتبادل لفظي بين شخصين أو أكثر - الشخص الأول هو الأخصائي النفسي ثم الشخص أو الأشخاص الذين يحاولون الحصول على حل للمشكلة التي يعانون منها ، ويحاول الأخصائي أن يقدم خلالها المساعدة الفنية التي يراها ملائمة ، سواء كانت هذه المساعدة مباشرة أو غير مباشرة ، موجهة أو غير موجهة...

وبذلك : لاعتبر المقابلة مجرد محادثة لأن المقابلة اتصال مباشر بين شخص يضطلع بعبء المساعدة ، وشخص أو اشخاص يسعون للحصول على هذه المساعدة ، وفيها تطرح على بساط المناقشة الموضوعات الشخصية وكل ما من شأنه أن يلقي ضوءا كافيا على المشكلة وجذورها ، ويفتح الطريق واضحا أمام أسلوب جديد لمعالجة المشكلة (فهى : ١٩٦٧، ٤٩٩)

أهداف المقابلة الاكلينيكية:

تهدف المقابلة الاكلينيكية إلى :

- ١ - اقامة علاقة مهنية بين الأخصائي النفسي الاكلينيكي والمريض.
- ٢ - جمع بيانات أو معلومات جديدة عن المريض أو التوسع فيما هو موجود منها، أو تفسير هذه البيانات أو المعلومات.
- ٣ - مساعدة المريض على أن يعبر عن نفسه وعن مشكلته للأخصائي النفسي الذي يستمع له بتقدير وعطف.
- ٤ - نقل المعلومات التي تساعد المريض على حل مشكلته.
- ٥ - مساعدة المريض على الكشف عن الحلول الممكنة لمشكلته وعلاجها ، على أن تكون هذه الحلول مقبولة اجتماعيا ومشبعة للمريض ويتم ذلك عن طريق التعاون بينه وبين الأخصائي الاكلينيكي المعالج.

أهمية المقابلة فى الميدان الاكلينيكي:

تبرز أهمية المقابلة فى الميدان الاكلينيكي من كونها الأداة الرئيسية التى يستخدمها الأخصائيون فى التشخيص والعلاج النفسى - فلا يعتمد الاكلينيكيون فى

دراسة الحالة على أية طريقة فى الحصول على معلومات عن الفرد بالقدر الذى يعتمدون فيه على المقابلة.

إذا كان الهدف الأساسى من المقابلة هو الكشف عن ديناميات سلوك المريض حتى نستطيع أن نكتشف ونفهم العوامل السيكولوجية التى أدت الى حالته الراهنة اذ المقابلة تهيىء الفرصة أمام الأخصائى الاكلينيكى للقيام بدراسة متكاملة عن طريق المحادثة المباشرة لفهم العميل ، وللتأكد من صدق بعض الانطباعات والفروض التى يصل إليها عن طريق الأدوات التشخيصية الأخرى ، وهو أمر ضرورى للتوصل الى الصياغات التشخيصية.

وليس التشخيص هو الغاية ، ولكنه بداية لمسئولية ممتدة يضطلع بها الأخصائى الاكلينيكى بل ان تفسير نتائج التشخيص تحتاج الى أن يمتد الى أكثر من مقابلة مع المريض ومع الأشخاص المحيطين به والمتعاملين معه من الآباء أو الاخوه ... أوغيرهم الذين يكونون فى حاجة الى عملية اقناع وفهم ، واستيضاح ، وتوضيح الموقف وتخطيط العلاج ، وكيفية التصرف ازاء الحالة والمعاونة فى حل المشكلات والصعوبات التى تصادفهم فى حياتهم اليومية ، وبذلك يكون الغرض من المقابلة هو الفهم الاكلينيكى لمشكلة المريض لكن نخطط لحلها بعد معرفة الأسباب فتتعمق المقابلات العلاجية لتسهيل فهم المريض لنفسه واحداث تغييرات مرغوبة فى مشاعره وسلوكه ، وتكون مشكلاته وحاجاته فى بؤرة الاهتمام .. وفى العلاج تكون المقابلة ضرورية للنجاح فى فهم المريض.

أنواع المقابلات

تختلف المقابلات التي تجرى في الميدان الاكلينيكي باختلاف الغرض الذي تجرى المقابلة من أجله ومن ثم توجد أنواع عديدة من المقابلات منها :

١ - المقابلة المبدئية initial or intake interview :

هي المقابلة التي تجرى مع العميل (المريض) منذ استقبله للمرة الأولى في المؤسسة العلاجية متضمنة طريقة الاستقبال ، وتسجيل المعلومات ، وتسجيل المقابلة، منتهية بالاتفاق على الاستمرار في العملية العلاجية وحضور المقابلات : التالية .. ولذلك تتعدد التسميات التي تطلق على هذا النوع من المقابلات فالبعض يسميها المقابلة المبدئية (الابتدائية)، وآخرون يسمونها المقابلة الأولى ، وهناك من يطلق عليها مقابلة الالتحاق بالمؤسسة العلاجية .. ومهما اختلفت المسميات فانها لا تخرج عن كونها مقابلة مبدئية اذ يتم فيها التمهيد للمقابلات التالية .. ولذلك تتميز المقابلة المبدئية بكونها تشبه القاطرة التي تجر بقية عربات القطار، فاذا كانت القاطرة غير سليمة فان القطار يتعطل في المسير..

وعلى الرغم من أن المقابلة المبدئية تكون قصيرة الا أنها ذات أهمية حيوية في الممارسة الاكلينيكية والتي تتمثل في

- تحديد حالة العميل (المريض) بصفة مبدئية وامكانية قبوله أو الحاقه بالعلاج.

- التعرف على الظروف الحالية المحيطة بالمريض من جميع جوانبها.

- التعرف على الأحداث والأسماء المؤثرة فيه والتي لها علاقة به.

- الأزمنة الماضية التي شعر خلالها العميل بنفس الأزمات النفسية التي يعاني منها الآن وكيفية التغلب عليها.

- الارتباطات بين الأحداث والأزمات التي يعاني منها الآن... وما الى ذلك.

اعطاء العميل معلومات حول اجراءات المؤسسة فيما يتعلق : بجداول المواعيد ، وتكاليف الزيارة والتردد عليها .. وما شابهها من معلومات قد يحتاجها اذا ما فكر فى الانتظام فى المقابلات.

- تحديد الأسباب التى دفعت الفرد الى زيارة المؤسسة العلاجية ، ورغباته ودوافعه للعلاج ، وتوقعاته من العلاج ومن المؤسسة.

- تحديد ما يمكن أن يقدم له من تسهيلات وخدمات ارشادية (علاجية فى داخل المؤسسة ، ومدى ملاءمتها لتوقعات العميل وأهدافه العلاجية.

- تعريف العميل بالعلاقة بينه وبين الأخصائى فى المؤسسة.

وفى ختام المقابلة المبدئية يقوم الأخصائى النفسى الاكلينيكى بتخليص كل مادار فيها مما يمكن العميل (المريض) من استكمال الصورة حول العملية العلاجية ، وحول كل مقابلة من مقابلاتها مما يزيل أى شوائب حول طبيعة العلاج النفسى وشخصية المعالج.

٢ - مقابلة دراسة الحالة:

وهى مقابلة تجرى بهدف دراسة التاريخ الاجتماعى للحالة ، ولاتركز على تشخيص الأعراض ، بل تتجه للحصول على معلومات رئيسية عن حياة المريض وظروفه الأسرية، وعلاقاته بالأسرة والعمل ، وتشجيع المريض على الحديث المفصل عن حياته الطفلية ، والخبرات المبينة أو الناجحة التى مر بها ، وعلاقاته بوالديه وزملائه ، وحياته العملية ، وهواياته ، وعلاقته بزوجائه وزملائه فى الدراسة أو العمل .. الخ ، ومن ثم فإن هذه المقابلة يقوم بها الأخصائى الاجتماعى أو النفسى على نحو ما تحدثنا فى دراسة تاريخ الحالة.

٣ - المقابلة التشخيصية Diagnostic interview

وهى التى تجرى بغرض الفحص الطبى النفسى للمريض بحيث يمكن من خلالها وضع المريض فى فئة من فئات التشخيص الشائعة والتى يتضمنها الدليل التشخيصى للأمراض النفسية والعقلية (على نحو ما ذكرنا فى سياق الحديث عن

عملية التشخيص) .. وتركز هذه المقابلة على تحديد الأعراض المرضية بحيث ينتهي الأخصائي منها الى التوصل الى صورة دقيقة محددة عن أهم الأعراض والاضطرابات لدى الحالة ومتى ظهرت وكيف تطورت ...الخ.

وخلال المقابلة التشخيصية يحتاج الأخصائي النفسى الاكلينيكي الى الحصول على معلومات عن المريض تتضمن:

- التاريخ السابق للمرض ، وكيف تطورت وظهرت أعراضه المرضية ، والمآل الذى وصلت اليه هذه الأعراض.
- فحص عمليات التفكير : من حيث محتوى التفكير ، وما به من معتقدات أو أوهام، وفحص مجرى التفكير (هل يوجد توقف للأفكار ، أم ضغط للأفكار فى رأس المريض؟) ، هل يوجد عدم ترابط للأفكار أو صعوبة فى إيجاد المعنى ، أو امتزاج الواقع بالخيال ، هل يوجد اضطراب فى التحكم فى التفكير بانسحاب الأفكار أو ادخال أفكار ، أو معاناته من قراءة أفكاره..
- فحص مدركات المريض : وهل توجد هلاوس ، أو خداعات بصرية أو سمعية أو شمية أو لمسية.
- الانتباه والوعى : والى أى مدى يتعرض المريض للنشئ ، أو اضطرب فى ادراك الزمان والمكان ، قدرة المريض على الانتباه لفترة معينة والتركيز ...الخ.
- الوجدان والحالة الانفعالية : مدى الثبات الانفعالى ، مدى تجاوب الحالة الوجدانية وانفاقها مع الأحداث ، وهل يوجد أى نوع من التجمد الانفعالى.
- سلوك المريض ومظهره : فى حياته الأسرية ، والاجتماعية ، والعمل ، تعبيرات الوجه ، الملابس ، أى لوازم حركية أو حسية بارزه ، طريقة التعبير عن نفسه ، طريقة النطق والكلام.

- الاستبصار بالذات مفهوم المريض عن نفسه : ومدى قدرته على ادراك
الأسباب التي أدت الى مرضه ، ونظرتة الى نفسه ما اذا كانت واقعية
أو مشوهة.



جلسة المقابلة التشخيصية والعلاجية

ويحصل الأخصائي الاكلينيكي على المعلومات المابقة من مصادر مختلفة
منها : الملاحظة ، واستخدام الأسئلة الموجهة ، والاختبارات والمقاييس النفسية..
ويهتم بهذه المقابلة الأطباء النفسيين والعاملين مع المرضى العصبيين والذهائبيين
، ومن ثم تفرد كتب الطب لهذا النوع من المقابلات مناقشات مسببة تشرح بتفصيل
أكثر أهم الموضوعات التي يجب أن يتطرق لها القائم بالمقابلة.

٤ - المقابلة العلاجية therapeutic interview

تتحد المقابلة العلاجية من خلال شكلين:

المقابلة التي تجرى بهدف التمهيد للعلاج النفسي : وهى ذات هدف
توجيهي لاعداد الحالة لتقبل العلاج النفسي أو الطبى النفسى .. ولهذا فان

محتوى الحديث يتجه خلالها الى تعديل الاتجاهات الخاطئة لدى المريض نحو المعالجين أو الأطباء النفسيين، وزيادة ثقة بالمعالجين ، وزيادة دافعة لقبول العلاج (إبراهيم : ١٩٨٨ ، ٧٧).

- مقابلات وجلسات العلاج : وفيها يتركز الهدف الأساسى على تنفيذ الاستراتيجيات العلاجية التى رسمها المعالج النفسى بناء على تشخيصه للحالة سواء كانت مبنية على أسس وقائية ، أم انمائية ، أم علاجية حتى يتغلب على أزماته النفسية ويسعى الاخصائى الى تعديل أو تغيير السلوك لصالح المريض ، ولذا فهي تستغرق وقتاً طويلاً . كذلك قد تجرى مقابلات مع أقارب المريض لأهداف علاجية يتعلمون فيها أساليب المعاملة الناجحة معه من الوجهة الصحيحة ، وأن يدركوا أوجه الضرر الى قد يلحقونها بالمريض بسبب أساليبهم الخاطئة فى التفاعل والاتصال.

أشكال المقابلة وأساليب إجرائها

يمكن أن تتخذ المقابلة الاكلينيكية جملة من الأشكال التى تتراوح بين الصورة المقنعة للاستجواب (أى صورة الاستجواب المنهجى) ، والصورة الطليقة للنداعى (وهى المساندة فى التحليل النفسى) التى لا تتقيد بخطة مسبقة أو بنموذج مرسوم ومحدد.

١ - الأسلوب المقيد للمقابلة :

يستند هذا الأسلوب الى نموذج محدد للاستجواب الشخصى فى صورة استخبار مقنن (استبيان) بمعنى : أن تكون المقابلة مقيدة بأسئلة معينة يسألها الأخصائى ويوجب عنها العميل (المريض) .. وهذه المقابلات يغلب أن تكون قليلة الفائدة فى المواقف الاكلينيكية التى يكون تعاون المريض فيها أمراً بالغ الأهمية. ومع ذلك : فإن المقابلة المقيدة لها كثير من المزايا فى أنها:

- لا تتطلب فى الغالب أخصائى اكينيكى ذا خبرة سيكولوجية متعمقة ، بل يكفى أن يكون قادراً على اكتساب ثقة العميل ومعاونته.

- وأن بياناتها يسهل إخضاعها للتحليل الكمي.
- وأنها تتطلب فقط استيفاء الاجابة عن كل الأسئلة المطلوبة.
- وأنها توفر الوقت والجهد.
- وتيسر المقارنة بين شخص وآخر.

٢ . الأسلوب الطليق للمقابلة:

يرفض غالبية الأخصائيين الاكلينيكيين استخدام المقابلة المقيدة أو الاستجواب المنهجي ، مفضلين سلسلة من الأحاديث الحرة الطيقة التي لا تتقيد بنموذج أو خطة سابقة ، فهم يتركرون الشخص ليتحدث في حرية كيفما شاء وبما شاء، ويتجنب الأخصائي النفسي أية أسئلة مباشرة يوجهها للعميل ، ولكنه يحاول تشجيعه على التعبير عن نفسه بحرية.

وتتماز المقابلة الطليقة أوغير المقتنة بعدة مميزات هي:

أنها تسمح بالحصول على البيانات المطلوبة بأقل توجيه ممكن ، وبأكبر قدر من التلقائية والحرية والمرونة ، لأنها تسمح للفرد بأن يعبر عن آرائه ومشاعره وأفكاره واتجاهاته.

- تستثير قدرا أقل من مقاومة العميل.

- تيسر الكشف عن الخصائص الفريدة والفهم الأكمل والأعمق لديناميات شخصية العميل.

وتشبه هذه الطريقة ما يسمى " بالتحليل النفسي الفعال" من حيث أنها تتجه بالاهتمام الى الموقف الحاضر أكثر مما تفعل بالنسبة للتجارب والخبرات الماضية... وهكذا : تتميز العلاقة بين المعالج والمريض بالتلقائية والتفتح بمعنى : أن المعالج يعمل من جانبه على ازالة كل ما من شأنه أن يعترض سبيل التفتح عند المريض .. ومهما يكن من أمر فان هذه الطريقة تمتاز بما تضيفه من معرفة عميقة بالشخصية ودوافعها اللاشعورية .. ومن المعروف أن مدرسة التحليل

النفسي تعطى أهمية كبيرة للدوافع اللاشعورية كمفسر للسلوك تلك التي لا يظن الفرد الى وجودها ومن ثم فلا يستطيع شرحها أو وصفها .

ولكن يعاب عليها:

- ما تتطلبه من جلسات كثيرة ، ومن ثم زيادة في الوقت والجهد.
 - الى جانب احتياجها الى محلل نفسي : فهو وحده الذي يقتدر على تأويل معطيات المقابلة ، واتخاذ موقف حيادي يحمي التأويل مما قد يتهدهد.
 - كما أن الصعوبة التي تواجه الأخصائي النفسي في استخدام المقابلة للتعرف على بعض جوانب شخصية العميل هي أنه لا يوجد أساس موحد يقوم عليه تقييم المعلومات التي حصل عليها.
- ولقد اقترح كارل روجرز طريقة يستطيع الأخصائي الاكلينيكي بموجبها أن ينفذ الى نفس العميل ، وازلة الحواجز والموانع التي تموق انطلاق افكاره وانفعالاته، وذلك عن طريق خلق جو من القبول والتسامح ففى المواقف الاجتماعية لايميل الفرد الى التعبير عن مشاعره الحقيقية وذلك لأنه اذا عبر عنها فسوف تكون محل امتحان الآخرين أو نقدهم أو نصحهم ، وعلى ذلك فانه يؤثر الصمت ولايفصح الا عن تلك المشاعر التي لاتجلب عليه اللوم أو النقد والتي هو متأكد بشأنها ومتأكد من موقف المستمع بشأنها .ولذلك فان الاخصائي الكفاء يتعلم كيف يصغى جيدا ويقنع العميل أنه مهتم به ، وأن حديثه شيق بالنسبة له ، ويعيد الفقرات التي يقولها ، ومن ثم يقتعه أنه يفهمه وأنه مهتم به ، ويجعله أكثر وعيا وادراكا لأفكاره ومشاعره ، مما يجعله يبوح بمزيد من الأفكار والمشاعر .

٣ - الأسلوب الوسيط بين المقيد والطلق:

يلاحظ أنه فى واقع الممارسات الاكلينيكية نجد أن شكل المقابلة يندر أن ينتمى انتماءا خالصا الى نوع معين من نوعى المقابلة ، بل هو يختلف فى الدرجة حسب الغرض من المقابلة ، وتدريب الأخصائي الاكلينيكي وشخصيته،

بالإضافة الى شخصية المريض ومشكلته ، والمرحلة التي يصل اليها التشخيص أو العلاج ومن ثم : توجد بين الصورتين السابقتين للمقابلة درجات متفاوتة من الأسلوب الموجه للمقابلة حيث يهتدى الأخصائي برعوس موضوعات رئيسية تستقر في ذهنه يطوعها في مرونة ليحجب على النوعية الفريدة للحالة.

ومن الشائع غالبا الابتداء مع العميل بمقابلة حرة يشجع فيها على التعبير التلقائي عن مشكلته ، ويتدخل الاكينيكي في الوقت الملائم بقدر أكبر من التوجيه على أمل أن تتوطد الثقة بعينه وبين العميل، وتأخذ المقابلة صورة أكثر تلقائية.

ونكتفي هنا بأن نقدم هذا النموذج الذي أورده ألبرتو سجيون (١٩٥٠) والذي ترجمه صلاح مخيمر باسم "المقابلة الشخصية" وهو يقصر على رعوس موضوعات في اثني عشر ميدانا للبحث مما يمثل أسلوبا وسيطا بين الأسلوبين المقيد والتطليق وهي:

- أ- الأسرة .
- ب - المرض الحالي.
- ج- الطفولة .
- د - سنوات التعليم.
- هـ- العمل .
- و - مكان الإقامة.
- ز- الحوادث والأمراض .
- ح - الحقل الجنسي.
- ط- العادات والمشارب .
- ى - الاتجاه نحو الأسرة.
- ك - الاتجاه نحو المرض الحالي .
- ل - الأحلام.

ومع ذلك : فانه في جميع الحالات يغلب أن يخطط للمقابلات الاكينيكية مسبقا ، بمعنى : أن تحدد استراتيجيتها ، وإن كان يصعب التحديد المسبق لتكنيكاتها وفي ضوء الاستراتيجية تصاغ الأسئلة التي تهدف الى الحصول على المعلومات عن تاريخ العميل وخصائص شخصيته ، وطبيعة المشكلة التي يواجهها.

العوامل المؤثرة في إجراء المقابلة

١- الدافع الى طلب المقابلة:

من الضروري أن يتعرف الاكلينيكي على الظروف التي دفعت العميل (المريض) الى طلب العلاج:

- هل دفع اليه دفعا أم طيه بدافع من ذاته ؟

- مصادر معرفته بإمكانيات العمل الاكلينيكي وتوقعاته منه ، ومدى استبصاره بالخدمة النفسية ؟.

وفي الغالب يأتي الأفراد سعيا وراء المساعدة السيكولوجية بسبب ما يعانون من مشاعر الضيق أو القلق أو الحزن .. أنهم يشعرون أنهم لا يملكون المعلومات والمعارف الكافية التي تساعدهم على التعامل مع مشاكل الحياة ، أو يعتقدون أنهم لا يملكون القدرة والكفاءة للتغلب على صعاب الحياة، ويشعرون أنهم مختلفون عن بقية الناس ، كما أنهم يرغبون أن يكونوا مختلفين عما هم عليه الآن وذلك يخلق لديهم حالة من التوتر tension ونوعا من الخوف الغامض في الاحساس بأن شيئا ما خطأ في ذواتهم.

وهناك آخرون يحضرون للعلاج بدافع الاستطلاع والمعرفة ، أو تلبية لرغبة شخص آخر..

ومن ثم فإنه عند بدء المقابلة ينبغي :

- ضرورة التأكد من وجود القلق أو الاضطراب لدى العميل.

- الرغبة في حدوث بعض التغيير في شخصيته وتوقع حدوث مثل هذا التغيير

- قبول حدود الممارسة الاكلينيكية والعلاجية ، واحتمالاتها كوسيلة لمساعدته

- أن يقدم على المعالج تلقائيا ومتطوعا وليس قسرا أو ارغاما .

(العيسوي: ١٩٧٥ ، ٣٠٠-٣٠١)

٢ - تكوين الألفة والعلاقة الودية مع العميل:

الركيزة الأولى فى أية مقابلة اكلينيكية هى قدرة الأخصائى على اقامة علاقة دافئة ومشجعة بينه وبين المريض تلك التى تجعله يشعر بالارتخاء والثقة بحيث يتكلم فى حرية عن كل شىء فى الاتجاه المطلوب تلك التى نسميها بعلاقة الألفة والتواد rapport ، والتجاوب والاحترام ، والفهم والاهتمام والاخلاص والثقة المتبادلة ، والتعاطف empathy ، والدفع دون استحواذ nonpossessive warmth، والصدق الخالى من الزيف genuiness ويجب أن تستمر الألفة بين الأخصائى والعميل طوال المقابلة .. ولضمان تكون الألفة يقترح أن تبدأ المقابلة بمصافحة اليد والترحيب والبشاشة وتوفير جو أمن خالى من التهديد يستطيع فيه العميل أن يقول كل شىء وأى شىء ، ثم ينتقل الى عمل العميل وهواياته واهتماماته ومشكلاته... الخ . ففى هذا مايسمح بتحقيق الارتخاء للنسبى من حيث أنه يتيح له التخلص من بعض توتره ، وبالتالي يسمح له بأن يتحدث فى حرية وهذا هو الأثر التنفيسى للمقابلة وهى فرصة تسنح للمريض أن يتخلص من بعض ما يتغل نفسه عن طريق الافراغ اللفظى والاعتراف بالصبر.

وهكذا : فمن المهم بالنسبة للأخصائى أن يكون ودودا صديقا بشكل يشجع المريض ويطمئنه .. وليس معنى ذلك:

- أن يتبادل مع المريض بعض النكات.
- أو أن يكون مرها أكثر من اللازم.
- ولكن يجب:

* أن يأخذ الموقف صفة الجدية : فليس هناك شىء يطمئن المريض مثل أن يأخذ موقف المقابلة شكل العمل الجاد.

* أن يكون الأخصائى على اهتمام أصيل بمصلحة عميله : وأن ينطوى على قدر من دفء الشعور.

* كما يجب على الأخصائى ألا يشرد وقت المقابلة : حتى لاينسى شيئا قاله المريض ، أو يضطر الى أن يسأله عن موضوع سبق أن تحدث عنه..

فلو شعر المريض ولو شعور غامض بأن الاكلينيكي لا يحفل به أو بأنه لا يبعث على الثقة فانه لا يدلى بل لا يستطيع الادلاء بكل المعطيات اللازمة للتشخيص الحق ، وكثير من هذه المعطيات تضيع من ذهنه ، وقد لا يتذكرها الا بعد انتهاء المقابلة.

٣ - بدء المقابلة :

تبدأ المقابلة - عادة - بحديث ترحيب وتعارف بين الأخصائي والعميل، ومن الأفضل أن يقوم الأخصائي بتحيته قبل الآخرين المصاحبين له ، ثم يطلب منه (أى من العميل) أن يقوم بتقديم أقاربه المصاحبين له وان كان قد سبق لنا لقائهم أو الحديث عنهم حتى لا يشعر العميل بالعزلة أو الاغتراب.

والنمط المألوف أنه بعد التعارف يبدأ العميل فى وصف مشكلاته ويقوم الأخصائي الاكلينيكي بدور المستمع .. وإذا حدث أن استغرق هذا الوصف معظم المقابلة فان الأخصائي يحرص على أن يستخدم الجزء الأخير من المقابلة لتحديد العلاقة بينه وبين العميل ، كما يحرص على أن يضع مع العميل خططا للمقابلات التالية كى يشعر العميل بأنه قد كسب شيئا إيجابيا من الجلسة ، وإلا إنتابه الشعور بأن الأخصائي الاكلينيكي قد علم الكثير، ولم يعلم هو أو يتعلم شيئا.

ومن الشائع أن العميل بعد أن يستعرض مشكلاته فمن المرجح (خاصة اذا كان قد سعى بنفسه لطلب المقابلة) - أن يرجع الى المشكلة التى تضايقه وتزعجه أكثر من غيرها .. فإذا أحرز تقدما كافيا فى حل هذه المشكلة فانه ينتقل الى غيرها بحسب درجة أهمية كل منها له ، وبحسب مدى حاجته الى ايجاد حل سريع لكل منها.. وإذا لم يشعر العميل بالأمن الكافى فى علاقته مع الأخصائي الاكلينيكي فانه قد يلجأ فى البداية الى موضوع سطحي أو زائف أو مأمون ليختبر استجابة الأخصائي له - فإذا رضى عن هذه الاستجابة أو تقبلها فانه يكشف عن المشكلات الهامة أو الأكثر جدية والأكثر ارتباطا بمشكلاته الانفعالية .. ويخطئ الاكلينيكي اذا حاول فى البداية أن يذهب الى ما هو أعمق من السطح دون مراعاة لدرجة

استعداد العميل .. لأن نفس الأسباب التي تدعوه الى الابتغاء الى الموضوعات
المسطحية هي التي تدعوه الى مقاومة هذه المحاولة من جانب الاكاديميكي ..
(الزيادي : ١٩٦٧).

٤ - توفر السرية التامة:

يأتى المريض - عادة - الى العيادة وهو قلق من افشاء أسرارہ .. وفي هذه
الحالة قد يكون من المفيد أن نطمئنه على سرية مشكلاته دون مبالغة ، . والحذر
من أى شيء يثير الشك في نفس المريض، على النحو التالي
- عدم تأكيد سرية المشكلات أكثر من اللازم ؟ ، فقد يتطوع الأخصائي لكى
يؤكد للمريض أن مشكلاته الخاصة محاطة بالسرية التامة دون أن يطلب
المريض مثل هذا التأكيد . وهذا من شأنه أن يبعث بعض الشك في نفس
المريض.

- عدم تحدث الأخصائي الاكاديميكي في التليفون أمام المريض عن حالة
مريض آخر، أو يناقش مع المريض مشكلة مريض آخر على سبيل التشبيه
أو لتوضيح نقطة معينة.

- كذلك : يجب ألا يوضع ملف لمريض آخر على مكتب الأخصائي أمام
المريض الذى تجرى معه المقابلة ، حتى لا يظن أن ملفه يمكن أن يكون
بمحتوياته عرضة لاستقراء محتوياته.

٥ - الخصوصية Privacy :

بمعنى أن تجرى المقابلة بين الأخصائي الاكاديميكي والمريض على انفراد..
فقد يتوهم البعض : أن وجود شخص ثالث (كمرضى أو ممرضه مثلا) لا يؤثر
على سير المقابلة ، وأنه من الممكن اقتناع المريض بأن مثل هذا الشخص قد اعتاد
الاستماع الى مثل هذه الأمور .. لكن الواقع خلاف ذلك : إذ يجد العميل صعوبة
كبيرة فى تناول مشكلاته إلا أمام الأخصائي ، ويكون من الصعب جدا أن يتحدث
عن مشكلاته الشخصية فى مكان مزدهم بأشخاص آخرين .. ومن ثم : يجب عدم

السماح لأي شخص خلاف الأخصائي بالتواجد أثناء المقابلة على أي نحو من الأنحاء .. فالسرية لا بد منها كي يستطيع المريض أن يتحدث في حرية تامة صادقة عن مشكلاته الشخصية العميقة.

٦ - طريقة للتسجيل أثناء المقابلة:

يثير موضوع كتابة الأخصائي الاكلينيكي للمذكرات أثناء المقابلة الكثير من النقاش :

- يرى فريق من الاكلينيكين أن في كتابة سير المقابلة ما يزعج الأخصائي الذي يجد نفسه مضطرا الى أن يوزع انتباهه مابين الاستجواب والكتابة ، كما أن هذه الطريقة من الممكن أن تزعج بعض العملاء أو تشعر المريض بالحرج والضيق من تسجيل بيانات وموضوعات من المفروض أنها سرية .. خاصة حينما يرى أسرارہ الدفينة تسجل ، ويتوهم بالتالي امكانية أن تنتقل يوما الى العلانية .. وقد يشعر آخرون بأن كتابة المذكرات أثناء المقابلة تؤدي الى انصراف الأخصائي عنهم أو أنها تقف حائلا بين الأخصائي والمريض.

ومن ثم :

يرى هذا الفريق من الاكلينيكين أنه يجب ألا يقوم الأخصائي بكتابة أقوال المريض مباشرة أثناء المقابلة ، ويجب أن يقوم بهذا العمل بعد انتهاء المقابلة مباشرة ... ومع ذلك يعترض على هذه الطريقة بأنه من المحتمل أن تتعرض المعلومات التي يأخذها الأخصائي للنسيان والتشويه أو التحريف عند تسجيلها وكتابتها بعد انتهاء المقابلة.

- وهناك فريق آخر من الاكلينيكين يرى أن معظم العملاء لا يعترض على كتابة الأخصائي لبيانات المقابلة وليس في ذلك ما يزعج المريض، فحسبه أن يقتنع باهتمام الأخصائي به وعمله على مصلحته .. ويمكن أن يبدأ الكتابة بعد الدقائق القليلة الأولى من المقابلة .. وقد يكون من المفيد طمأنة

المريض وشرح الغرض من كتابة المذكرات ، ولكن يجب أن يتوقف الأخصائى عن الكتابة حين يصل الاستجواب الى الجوانب الخاصة الأليمة أو غير السارة أو الحقل الجنسى أو غير ذلك تفاديا لقلق المريض وازدياد مقاومته.

- وهناك اتجاه أمريكى يشير الى استخدام أجهزة التسجيل الصوتية بدلا من كتابة المذكرات عن محتوى وبيانات المقابلة .. غير أن هذا الاجراء يجب استخدامه بعد موافقة المريض، لأن التسجيل دون علم المريض يعد استخداما سيئا للملطة من قبل الأخصائى ، كما أنه يتعارض مع الأوليات الأخلاقية للعمل الاكلينيكي.

٧ - المواعيد:

تعتبر مواعيد المقابلات من العوامل الهامة المؤثرة فى نجاح المقابلة التى يجب أن ينتبه لها الأخصائى الاكلينيكي .. وإذا اتفق الأخصائى مع المريض على سلسلة من المقابلات فيجب:

- أن يوضع جدول بمواعيد ثابتة فى يوم وساعة محدد من كل اسبوع وأن يكون تحديد مواعيد الجلسات مريحا لكل من الأخصائى والعميل ، وألا تتعارض مع مواعيد العمل ، ويجب ألا يعتذر الأخصائى عن أى منها الا للضرورة القصوى.

- ويجب أن يكون الزمن كافيا لاجراء المقابلة : ويختلف الزمن حسب حالة العميل ومشكلته والمعلومات المطلوبة وغالبا يتراوح زمن المقابلة الواحدة بين نصف الساعة والساعة بمتوسط ٤٥ دقيقة .. ويلاحظ : أن المقابلة اذا كانت قصيرة فانها لاتؤتى ثمارها المنشودة.. وقد يعتبر بعض العملاء أن المواعيد أقل مما يرجون أو يتوقعون أو يحتاجون ، ويطلبون فى كل جلسة، أو يشعرون بالضيق عندما تنتهى ، وخاصة اذا كانت هناك جلسة كل اسبوع وقد يعتبر البعض الآخر أن المواعيد أكثر مما يتوقعون او

يحتاجون ، وأنها تؤثر على سير حياتهم العملية، وهذا يجعلهم يتخلفون عن بعضها.. لذا: فإن تحديد الزمن لكل مقابلة يجب أن يخضع لظروف كل حالة.

- ويجب أن تكون المقابلة في الوقت المحدد لاقبل ولابعد : لأن القيام بالمقابلة قبل الموعد المتفق عليه مسبقا قد يقسره بعض المرضى بأنه مبالغة في الاهتمام وقد يشكون في دوافع الأخصائي نحوهم .. وإذا بدأت في وقت متأخر عن موعدها المحدد فقد يدركه البعض على أنه علامة على عدم جدية الأخصائي أو فتوره أو نفوره منهم.

- إذا حدث أن طلب العميل تحديد موعد مقابلة أو جلسة خارج الجدول المتفق عليه فيحسن أن يكون الموعد في أقرب وقت أو في نفس الوقت ان أمكن لأن هذا الوقت يعتبر هو اللحظة السيكلوجية المناسبة لاجراء المقابلة والتي يستطيع فيها تفريغ ما عنده من مشكلات ومستدعيات.

٨- المكان:

- يجب أن يكون مكان اجراء المقابلة غرفة معدة خصيصا لهذا الغرض، وأن تكون هادئة خالية من الضوضاء والمقاطعات والتدخل وعوامل التشتت مما يساعد على الراحة والطمأنينة والاسترخاء ويسر سير المقابلة.. وليس من اللائق مطلقا أن تتم المقابلة في المنزل أو في نادى أو في أى مكان عام لأن مثل هذه الأماكن لايمكن أن تعطى جو المقابلة ولتساعد على إقامة علاقة التواد بين الاخصائي والمريض..

- ويجب أن تكون الغرفة مستقلة لا يوجد بينها وبين غيرها حواجز أو فواصل خشبية لأن المريض يشعر بالضيق خاصة إذا سمع أصواتا في الغرفة المجاورة، ويعتقد أن صوته يمكن أن يسمع في الجانب الآخر.

- وأثاث الغرفة يتكون عادة من مكتب وكريسيين، وأن يكون الكرسيان متقاربين في الطول ومن نفس الطراز، وأن تكون الكراسي مريحة بقدر الامكان ، وأن تكون الاضاءة مريحة : فلا يوضع المريض أمام أشعة الشمس المباشرة أو أمام ضوء مباشر يرهقه، ولا بد أن تتوفر التهوية الجيدة التي تشعر المريض بدرجة معقولة من الراحة، وألا يسمح بدق جرس التليفون خلال المقابلة.. كل ذلك يؤدي الى انعدام القيود ويدعو الى التخفيف من التوتر والاطمئنان.

وفي جلسات التحليل النفسي تستخدم أريكة ينام عليها المريض، على أن يجلس المحلل خلفه أى لا يقع مباشرة في محيط بصر المريض (المعيل)، حتى يتيح له الفرصة لانطلاق أفكاره دون قيد.. وفيما عدا ذلك فيستخدم موقف المواجهة، الا اذا كان المريض نفسه لا يستطيع أن يتكلم إلا اذا نظر بعيدا الى حائط أو نافذة ... وفي جميع الحالات يجب ألا يكون الأخصائي والمريض متباعدين كثيرا بشكل يعطل الاتصال والاستماع الجيد.

٩- جو المقابلة وسيرها:

هناك عدد من المبادئ يجب على الأخصائي الاكلينيكي أن يراعيها أثناء سير المقابلة مثل : يجب أن يضع الأخصائي في اعتباره أن المريض جاء بطلب المساعدة ، وعليه أن يحاول تقديمها له.. وفي هذه الحالة على الأخصائي ألا يضع نفسه في مرتبة أعلى فيبدو في صورة الناقد أو المسيطر، أو الرجل صاحب الفضيلة، كما لا يجب أن يأخذ موقف المقابلة بوصفه موقفا مسلطا بالنسبة له ، بل يضع نفسه في نفس المستوى الذي يقف فيه المريض.

- على الاخصائي أن يضع أسئلته في صياغة واضحة ومختصرة، ولا توحى باجابات معينة كما أن الأسئلة الحرجة يجب أن تلقى ببساطة ، ودون خجل ، لأن الأخصائي اذا شعر بالخجل في موضوعات معينة، فلن نتوقع من المريض أن يعبر بحرية عن مشاعره.

- يجب أن يجيد الأخصائى الاكلينيكى فن الاصغاء : وينبغى أن يكون راضيا عن اتاحة الفرصة كاملة وغير مقيدة للعميل (المريض) للتعبير عما بنفسه دون اقحام آرائه او رغبائه أو نظرياته.. وليس معنى هذا أن يكون مجرد آلة سلبية فان الذى يجيد الاصغاء هو الذى يستطيع بأسلوبه واتجاه أن يقنع عميله بمدى اهتمامه وتقديره الأصل لما يروى.

- اذا ظهر القلق على المريض فى موقف المقابلة بصورة تشل حركته ، وبحيث لايمكن من الكلام بسهولة فيجب على الأخصائى أن يوجه بعض الأسئلة البسيطة التى تساعد على اقامة علاقة للتواد ، ولايخوض بسرعة فى المشاكل التى تحمل ثقلا انفعاليا كبيرا فى وقت لا يكون فيه المريض مستعدا لمناقشتها..

- اذا لجأ المريض الى تكرار موضوع معين دون أن تكون لديه القدرة على الانتقال الى موضوعات أخرى ، وفى هذه الحالة يجب على الأخصائى أن يتحرك بأسئلته بسرعة توفيراً للوقت.

- اذا حدثت فترات صمت ، فيجب على الأخصائى أن يواجهها بحكمة ومهارة . ففترات للصمت ضرورية ويجب ألا يتعجل الأخصائى اجابات المريض، الا اذا طالت فترات الصمت وأدت الى ضجر المريض وضيقه ، فهنا يجب ان يتدخل الأخصائى فى الوقت المناسب طبقا لحسه الاكلينيكي ومهارته.

- اذا أعطى المريض اجابات مصطنعة : فيجب على الأخصائى أن يعيد صياغة بعض الأسئلة من جديد بطريقة تشجع المريض على الحديث، ولكن لايجادل أن يفرض نفسه لانتزاع اعترافات من المريض فاذا أصر على أن يعطينا دائما اجابات مصطنعة فعلى الأخصائى أن يعتبر ذلك علامة فى سلوكه لها دلالتها التشخيصية.

٠ اذا حدث وعبر المريض أثناء المقابلة عن بعض انفعالاته بشدة كالبكاء ، أو الصراخ ، أو الغضب ...الخ فالأخصائى هو المسئول عن ضبط الموقف حتى لايفلت من يده.. ويجب أن يظهر للمريض تعاطفه مع مشكلاته دون أن يتورط معه انفعاليا فيفقد السيطرة على انفعالاته هو وقد يكون الصمت والهدوء هما أنسب الطرق لمواجهة هذا الموقف، فاذا اندفع المريض فى تعبيره وأحس الأخصائى أن زمام الموقف سوف يفلت من يده فعليه أن يحاول تغيير الموضوع ويقول للمريض ان هناك موضوعات أخرى يود مناقشتها .

مضمون ومحتوى المقابلة

١ - عرض المشكلة:

فى بداية المقابلة يجب أن يعطى الأخصائى للمريض الفرصة الكاملة لعرض مشكلته كما يراها ، وأن يتحدث عن أعراض مرضه ، وكيف كان احساسه بالأعراض الأولى ، وماذا كان منه عند ذلك وما الذى ترتب عليها.. الا أنه يلاحظ: - أن المريض الذى أتى بنفسه الى العيادة جاء ليعرض مشكلته ويتخفف من عبئها الى حد ما.. واعطائه هذه الفرصة يساعد على الراحة وعلى استكمال المناقشة.

- والمريض الذى حولته جهة خارجية كالمدرسة مثلا يجب أن يعطى الفرصة كذلك ليوضح مشكلته أو أعراضه.

وفى بعض الأحيان يتسبب التحويل فى شىء من الذعر عند الأشخاص المضطربين انفعاليا وعلى الأخصائى الاكلينيكى أن يوضح الأمر للمريض ويهدئ من روعه ، ثم يدعه يتحدث عن مشكلته ويعبر عن نفسه بهدوء ويتقبل منه كل ما يقوله وهذا التقبل يريح المريض ويطمئنه.

والطريقة التي يعرض بها المريض مشكلته أو أعراض مرضه لها قيمة تشخيصية هامة:

- فقد ينكر وجود مشكلة على الاطلاق ، أو قد يلقي المسؤولية على الآخرين، أو قد يحاول تبرير تصرفاته.
- وهناك مرضى يشعرون بقلق شديد ويلاحقون الأخصائي بالأسئلة ويطلبون منه المساعدة الفورية.
- وهناك مرضى يكون لديهم نوع من الاستبصار ويناقشون مشكلاتهم بوضوح وصراحة.

ومهما كان الطريقة التي يعرض بها المريض لمشكلته فمهمة الأخصائي أن يتقبل كل ما يقوله وينصت له بامعان.. وعندما ينتهى المريض من عرض مشكلته نستطيع مواصلة المقابلة.

٢- الأسرة:

- من المهم للأخصائي الاكلينيكي أن يسأل المريض عن بيانات عن أسرته:
- الأب اذا كان على قيد الحياة يسأل عن عمره وعمله وصحته، ونمطه ، وعاداته.. واذا كان قد توفي فمتى كان عمره عند الوفاة، وسبب الوفاة ، وعمر الأم عند وفاة أبيه.
- وتساءل نفس الأسئلة فيما يتعلق بالأم ، والاخوة والاحوات والأجداد والجدات.
- يسأل المريض عما اذا كان قد عاش منذ ميلاده حتى الآن بين أبويه.. واذا كانت الاجابة بالنفي فمن الأشخاص الذين عاش معهم ويسأل نفس الأسئلة السابقة عنهم.
- ترتيب الطفل الميلادى وموقعه بين اخوته، ودرجة تفاهمه مع كل منهم.

- طريقة تربيته : تسامح ، صرامة ، تدليل، العقاب (أسبابه ، وكيفية، ومن الذى كان يوقع به العقاب، واستجابته لذلك).. ومن الشخص الأكثر تدليلا له .. ولمن كان يوجه حبه فى الطفولة (لأب أم للأب)، وهل يشعر بالسعادة بين أهله .. الخ

٣ - الطفولة:

يسأل المريض عن طفولته ، ونمطه (هدوء ، شراسة).. وتطوره البدنى والنفسى منذ الميلاد : الرضاعة والغطام والمشى والكلام)، العمر الذى توقف فيه عن تدليل الفراش.. وما اذا كان قد مارس قضم أطافره، وهل أصيب بنوبات عصبية.. اللسن الذى بدأ ينام فيها بمفرده ، استجابة لميلاد أخ جديد...الخ.

٤ - التعليم:

يسأل المريض عن عمره عند دخول المدرسة واستجابته لذلك ، والمستوى التعليمى الذى وصل اليه والمواد التى كان يفضلها أكثر من غيرها، وهل كان متفوقا فى دراسته أم متخلفا، المهنة التى كان يطمح لها وهو صغير، وعما اذا كانت الأسرة قد مارست عليها ضغوطا فى أثناء دراسته .. ويسأل عن علاقاته بأصدقائه، ومدى رغبته فى الزعامة أم اقتفاء أثر الغير .. وعن مدرسيه ،علاقاته بهم ، والأثر الذى تركوه فيه.

٥ - العمل:

- اذا كان المريض يعمل نسأل عن عمله الأول وطبيعته وما كان عليه، واتجاهه نحوه ... ودافعه للعمل.
- اذا كان قد ترك عمله فيسأل عن السبب فى ذلك..
- ويسأل عما اذا كان شغوفاً بعمله الحالى، راضيا عنه ، قانعا بأجره وعلاقاته بزملائه ورؤسائه ومرءوسيه.. وطموحاته فى المجال المهني، والصراعات الانفعالية التى تواجهه فى عمله.

٦ - طموح المريض وتوقعاته تجاه المستقبل:

- من المهم للأخصائى الاكلينيكى أن يتعرف على طموحات المريض وخاصة فى مجال العمل، والزواج، والأسرة..
- ماذا يعنى المستقبل بالنسبة له؟
 - هل يتوقع النجاح أم الفشل؟
 - وماذا يرى أن القدر يخبىء له؟
 - هل يرى المستقبل مشرقاً أم مظلماً؟
 - ما هى طموحاته بالنسبة للمستقبل؟
 - وما هى المهنة التى يعد نفسه لها؟

فمثل هذه الأمور تجعل الأخصائى يتمكن من معرفة ما اذا كانت طموحات المريض واقعية أم خيالية، وهل هو متفائل أم متشائم بخصوص المستقبل.

٧ - درجة استبصار المريض بالعوائق أو بالاحباطات التى تواجهه:

- فالأخصائى الاكلينيكى بحاجة الى معرفة شيئاً عن العوائق والاحباطات التى يخبرها المريض أو التى يتوقع أن يواجهها فى المستقبل.
- وهو فى حاجة الى التعرف على درجة استبصار المريض بالعوائق التى تعترضه ، والتى يجب عليه تخطيها لكى يحقق طموحاته وأهدافه، فمن خلال ذلك يحاول الأخصائى الحكم على درجة استبصار المريض بالعوائق التى تعترضه ، والتى يجب عليه تخطيها لكى يحقق طموحاته وأهدافه، فمن خلال ذلك يحاول الأخصائى الحكم على درجة استبصار المريض وارتباطه بالواقع.. كما يحاول ملاحظة العوائق التى تقف فى طريقه فعلاً مثل : الذكاء ، أو التعليم ، أو السن ، أو الفقر، أو الأطفال ، أو الأسرة ... الى غير ذلك..

٨ - الاهتمامات :

من الجوانب الهامة التي يجب أن يغطيها الاخصائى الاكلينيكي أثناء المقابلة لفهم مشكلات المريض أن يتعرف على طريقة تفكيره واهتماماته والمجالات التي تشغله مثل : الدراسة ، أو الموسيقى ، أو التمثيل، أو القراءة ، أو الذهاب الى السينما، أو صحبة الأصدقاء ، أو الألعاب والرياضة... الخ، ولكن الذى يجب أن ينتبه اليه الاخصائى الاكلينيكي هو معرفة ما اذا كانت هذه الاهتمامات واسعة أم ضيقة ، وهل يشارك المريض فى النشاط أم هو سلبى ومتفرج فقط.

٩ - المشاركة الاجتماعية فى النشاط الترويجي:

من الأهمية بمكان التعرف على اهتمامات المريض الترويجية ووسائله فى التسلية ونوع النشاط الذى يتمتع أكثر من غيره..

ثم معرفة مدى مشاركة المريض الاجتماعية فيها.. ومن المهم أن يعرف الاخصائى نوع رفاقه الذين يقضى معهم أوقات فراغه : هل هم أكبر منه سناً أم أصغر، وهل هم من الأسرة أم أصدقاء من خارجها، أم لايهتم بالأصدقاء عموماً.. وهل يتولى مركز القيادة فى أى عمل ترفيهي أم عادة ما يكون تابعاً للآخرين.. فمثل هذه الأمور من الأهمية بمكان لتفهم الصورة الاكلينيكية لحالة المريض..

١٠ - الخبرات المؤلمة واستجابة المريض لها:

يجب أن يعطى المريض الفرصة لكى يعبر عن خبراته المؤلمة الحزينة، وهذه الفرصة تتيح المجال للأخصائى الاكلينيكي لكى يتعرف على الأحداث التى كانت بمثابة تهديد للمرض.

وهنا : من الممكن أن يتحدث المريض عن الصدمات التى تعرض لها فى حياته العاطفية، أو الأسرية، أو الدراسية، أو الاجتماعية... الخ.

وعلى الأخصائى : ألا يلاحظ نوع هذه الصدمات فقط ، بل درجة تناسب استجابة المريض للصدمة ذاتها.. فهذه الاستجابة كما يصفها المريض لها قيمة

تشخيصية كبيرة فمن خلالها يمكن معرفة ما اذا كانت انفعالاته ومشاعره واقعية وتتلاءم مع الحدث المولم ، أم أنها عنيفة جدا ومبالغ فيها بالنسبة لهذا الحدث، أم أنه مثيلد المشاعر ازاءه.

١١ - مزاج المريض وحالته الوجدانية:

- مزاج المريض وحالته الوجدانية من الممكن أن نستنتجها من مظهره العام، ومن محتوى كلماته ومن طريقته في الحديث.

- كما يجب أن يكون الأخصائي أكثر عمقا في الحكم على حالة المريض المزاجية من خلال الأسئلة التي يمكن توجيهها للمريض مثل:

"هل أنت شخص سعيد؟ ، هل شعرت مرة أن الحياة لامعنى لها؟ ، هل شعرت مرة بأنك سعيد جدا لدرجة أنك لم تدري ماذا تفعل؟ ، الى أى حد تهتئز وتفرح اذا كنت سعيدا؟ هل تشعر دائما بالاجهاد والتعب؟ ، هل تشعر أحيانا بأنك تريد أن تقتل نفسك، هل تشعر كثيرا أنك مكتئب جدا؟ الخ."

فالاجابة عن مثل هذه الأسئلة تعطى الأخصائي بعض المعلومات التي توضح له الطبيعة المزاجية للمريض.. ويجب على الأخصائي أن يتدرج في مناقشة هذا الموضوع تدرجا طبيعيا ، ويضع أسئلته بشكل معقول ومناسب حتى لا توحى هذه الاسئلة باجابات معينة.

١٢ - القلق:

فكثير من الموضوعات التي يتحدث عنها المريض بوصفها مصادر لقلقه، ليست الا واجهة سطحية، وهى ليست الا بدائل للمصادر الحقيقية المكتوبة ولكن من المهم للتعرف على هذه المصادر التي يراها المريض سببا لقلقه، فمن الممكن أن تكون مرتبطة بالمصادر الحقيقية التي لا يستطيع هو رؤيتها بوضوح..

فالأسئلة التي يسأل عنها المريض : " ما الذى يقلقك دائما أكثر من غيره؟ وهل ترى نفسك دائما قلقا دون أن يكون هناك داع للقلق؟ ، وهل هذا القلق مؤقت أم دائم...؟

فالإجابة عن هذه التساؤلات غالبا ما تتعلق بموضوعات خاصة بالدراسة ،
والصحة ، والبيت، والأسرة، والدين، والعمل، والحوادث ، والعادة السرية،
والجنسية المثلية أو الغيرية...الخ.

١٣- المخاوف:

أيضا فإن معظم المخاوف التى يتحدث عنها المريض ليست الا بدائل
لمصادر أخرى عميقة للخوف. وغالبا ما يكون الخوف من الأماكن المفتوحة، أو
الخوف من الأماكن المغلقة، أو الخوف من الأماكن المرتفعة، أو الخوف من النار،
أو الخوف من الحيوانات ..الخ.

ويجب على الأخصائى أن يلاحظ هذه المخاوف التى يتحدث عنها
المريض ويسجلها سواء كانت حقيقية أم بدائل.

١٤- مصادر الصراع:

إذا ما استطاع الأخصائى الاكلينيكي أن يقف على الصراع الأساسى عند
المريض ، فإنه بذلك يكون قد خطا خطوة أساسية نحو فهمه .. ويجب على
الأخصائى الاكلينيكي أن يوجه اهتماماته الى جميع أنواع الصراعات التى يذكرها
المريض فى علاقاته مع الآخرين .. إذ أن الصراعات الداخلية التى تدور داخل
المريض غالبا ما تعكسها الصراعات الخارجية التى تدور بين المريض الآخرين..
وغالبا ما تقع الصراعات عند المريض حول المعتقدات الدينية، أو
الأخلاق، أو المعايير ، أو القانون ، أو مجال العمل..

فإذا كانت صراعات المريض فى مجال العمل فيجب على الأخصائى
الاكلينيكي أن يتلمس أى روابط بين الصراعات الموجودة فى مجال العمل
والصراعات الموجودة فى داخل الأسرة أى معرفة العلاقة بين المريض ورئيسه،
وطبيعة علاقته بوالديه، أو علاقة المريض بزملائه وطبيعة علاقته باخوته...الخ.

هل هناك ميل لأن يدافع عن أعضاء أسرته، أو أن لديه ميل لأن يسقط عليهم مشاكله الشخصية، وهل هو قلق تجاه البيت، وهل يشعر بعدم الأمان في البيت... الخ

١٥ . المعتقدات الدينية:

فالكشف عن هذا الجانب يوضح لنا جزءا هاما من الصورة الاكلينيكية للمريض.. فالجانب الديني جزء من التركيب النفسى للفرد ولا يجب اهماله، وكثيرا ما يكون مسرحا للتعبير عن صراعات داخلية عنيفة..

- فالاتجاهات الالحادية في الدين غالبا ما تكون نوعا من العدوان الموجه نحو مصدر السلطة (الأب)..

- والحماس الديني المتطرف غالبا ما يكون محاولة دفاعية من المريض لكي يلوذ من الاحساس بالذنب الناجم عن دفعاته الجنسية..

أى أن هذه الاتجاهات الدينية من الممكن أن تكون أعراضا تعبر عن مصادر عميقة بعيدة عن شعور المريض..

١٦ . مشاعر الذنب:

على الأخصائى الاكلينيكى أن يحاول التعرف على درجة شعور المريض بالذنب وذلك من خلال عديد من التساؤلات :

- هل تشعر دائما بأنك انسان سيء؟ ، وما هى الجوانب السيئة فيك؟
- ما الذى يشعرك دائما بالذنب؟ ، هل تعتقد أنك ترتكب دائما أفعالا سيئة؟، وما الذى تقعله؟.

أن الاجابة عن هذه الأسئلة يمكن أن يعبر فيها المريض عن شعور عام بالذنب أو شعور خاص بموضوعات معينة.. وقد يعبر عن الرغبة في التكفير عن ذنوبه التى يبالغ فيها، وقد يعبر عن خوفه من اتهام الآخرين له ، وقد يبرر أفعاله أو يتضح لديه ثنائية في اتجاهاته نحو سلوكه.

١٧ - أوجه الكف:

على الأخصائى أن يناقش مع المريض أوجه القمع والضبط التى يفرضها على نفسه شعوريا أو لاشعوريا .. ولهذه المناقشة أهمية قصوى إذا استطاع المريض أن يتحدث عن أوجه القمع هذه .. ومن ناحية أخرى فإن العجز عن التحدث عن أفكاره الضابطة له أيضا دلالة سيكولوجية ..

وهنا : على الأخصائى الاكلينيكى أن يفرق بين أمرين:

- هل سلوك المفحوص تضبطه قوى رادعة خارجية أم قوى رادعة داخلية؟
- وهل المريض لايرتكب فعلا مستهجنا لأنه يخاف من عقاب خارجى يوقعه عليه أشخاص آخرون ، أو سلطة قانونية أم هو لايرتكب هذا الفعل خوفا من ضميره الشخصى؟

ويجب أن نعرف أن انكار المريض لوجود أية أسس ضابطة أو كف على سلوكه له أيضا معنى تشخيصيا فى السياق النفسى لهذا المريض.

١٨ - الأفعال الوسواسية والأفكار القهرية:

يستطيع الأخصائى أن يتعرف على بعض الأفكار الوسواسية والقهرية المسيطرة على المريض أثناء المواجهة من خلال سلوكيات المريض ومحاولاته المستمرة للتأكد من غلق الأبواب حتى لايسمع الناس بما يقوله ، أو كثرة غسل الأيدي ، أو كثرة التفكير المستمر فى بعض الأفعال الفاحشة أو العدوانية...الخ.

ويمكن أن يسأل الأخصائى المريض :

- هل تقوم ببعض الأفعال التى ترى نفسك مجبرا عليها ولاتستطيع مقاومتها دون سبب معقول ؟

- هل تفكر أحيانا فى بعض الأمور التى لاتريد التفكير منها؟

- هل تجد أحيانا بعض الأفكار تقحم نفسها على مجال تفكيرك بالقوة؟ حدثنى عن هذه الأفكار ..

وغالبا ما تدور استجابات المرض حول التطير ، أو الأفكار الفاحشة ، أو
وسواس العد ، أو غلق الأبواب ، أو توقع الحوادث ، أو السلوك الجنسى...الخ.

الأحلام وعادات النوم :

فيجب التعرف على محتوى الأحلام عند المريض ، والتعرف على طابعها
العام من حيث تكرارها ، وهل ينسأها المريض دائما ، وهل هى من النوع المزعج..
ويجب أن يسجل حلما أو أكثر لمعرفة ملابساته.

كذلك فمن الممكن مناقشة عادات النوم : هل يذهب المريض الى النوم فى
موعد محدد ؟ ، ما هى كمية النوم المعتادة ؟ ، هل من السهل عليه أن ينام أم يصاب
بالأرق فى أول الليل ، أو يصاب بالأرق فى آخر الليل أو لا يستطيع النوم بعد ذلك
وهل يستيقظ فى الصباح متعبا ؟ هل يتكرر عنده الفزع الليلى ؟ ، أو النوم
المفرط...؟. الخ.

٢٠ - التخيلات:

من المعروف أن أحلام اليقظة والتخيلات شكل من أشكال التعويض ، وهى
نتيجة لاحباط دوافع الفرد.. ففى حلم اليقظة يحاول الفرد أن يشبع هذه الدوافع
المحبطة التى لم تشبع فى الواقع ولذلك فأحلام اليقظة لها دلالة ومعنى..

ويجب على الأخصائى أن يحاول التعرف على محتوى هذه الاحلام وتلك
التخيلات ، ودرجة انشغال الفرد بها واستغراقه فيها لأن هذا الاستغراق المفرط
علامة على وجود صراعات داخلية حادة..

٢١ - توهم المرض:

ان فكرة المريض عن صحته ودرجة انشغاله بوظائف جسمه من أهم
الموضوعات التى يجب أن ينتبه اليها الأخصائى أثناء المقابلة...

- فإذا كان لدى المريض بعض أفكار توهم المرض فسوف تفرض نفسها
على المناقشة أثناء عرض المريض لمشكلته.

- وأحيانا تجد المريض أثناء المقابلة يمسك رأسه أو يجس نبضه ، وسؤال المريض عن ذلك كفيّل بالكشف عن أفكار المريض عن جسمه ووظائفه.

٢٢ - التوافق الجنسى:

إن العلاقة بالجنس الآخر من أهم الجوانب التى تكشف لنا عن توافق المريض بصفة عامة ويجب على الاخصائى أن يلاحظ:

- أن الأفراد الذين ينكرون أنه لاتوجد علاقة بينهم وبين أى شخص من الجنس الآخر من أى نوع، وكذلك الذين يفرضون شيئا من القمع على هذه العلاقات مع الجنس الآخر.. انما يدل ذلك على كبت للناحية الجنسية ، ويكون مثل هؤلاء الأفراد غير متوافقين جنسيا.

- أما اذا وجدت هذه العلاقات الجنسية وكانت مضطربة بشدة كان ذلك دليلا على وجود صراعات داخلية عميقة ...

فبحث الاخصائى الاكلينيكي للكشف عن هذه الناحية تعطينا فكرة عن طبيعة علاقات المريض بالجنس الآخر، ودرجة الثنائية فى اتجاهاته نحو الجنس، وقلقه من الجنس، أو خوفه، أو شعوره بالذنب أو الاشمئزاز، ...الخ.

الفصل الثامن

الاختبارات والمقاييس النفسية

تعريف القياس :

يقصد بالقياس أنه عملية مقارنة شئ ما بوحدة معينة أو بكمية قياسية أو بمقدار مقنن من نفس الشئ أو الخاصية بهدف معرفة كم من الوحدات يتضمنها هذا الشئ.

ومن المعروف أن الخصائص النفسية لا تقاس قياساً مباشراً ، وإنما يستدل عليها من أداء الفرد في موقف اختبائي معين .. ويرى كرونباك أن الأداء يصنف إلى نمطين متميزين تتحدد لكل منهما طريقة معينة في القياس ونوع معين من الأدوات ومشكلات منهجية ترتبط به هما : أقصى الأداء ، والأداء المميز (أبو حطب ، عثمان : ١٩٧٦ ، ١٣ - ١٧) وفيما يلي توضيح لهذين النمطين للأداء والمقاييس المستخدمة لتقدير كل منهما:

أ- أقصى الأداء Maximum performance

وهو أوجد أو أسرع أداء يستطيع أن يقدمه الفرد في موقف يتضمن تحدياً لقدراته والمهم هنا هو ما يمكن أن يفعله الفرد ، ولذا يشجع هذا الفرد بكافة الطرق لبيذل أقصى ما في جهده لكي يحصل على أحسن درجة يمكنه الحصول عليها.. ويطلق لفظ اختبار Test على أداة القياس النفسي التي تقيس هذا النوع من الأداء..

والاختبار السيكولوجي : هو طريقة منظمة لمقارنة سلوك شخصين أو أكثر.. أو هو "أداة للحصول على عينة من سلوك الفرد في موقف معين من حيث ظروف التطبيق ومواد الاختبار وطريقة التصحيح فيمكن بذلك جمع بيانات عن السلوك في أسلوب مقنن منظم نستطيع من خلاله التعميم على مواقف الحياة والتنبؤ بالسلوك في المواقف المرتبطة به". (مليكة : ١٩٨٠ ، ١٠٤)

هذا : ويتمثل أقصى أداء فى النواحي العقلية المعرفية وتمثل اختبارات فى اختبارات الذكاء والقدرات العقلية العامة والطائفية ، واختبارات الكفاءة Proficiency tests فى أداء عمل ، والاختبارات التحصيلية ، واختبارات الاستعدادات الخاصة بالتنبؤ بالنجاح فى مهنة أو تدريب معين فى المستقبل..

ب الأداء المميز Typical Performance

وهو يختص بما يقوم به الفرد عادة ، وليس من المهم فيه معرفة ماذا يستطيع أن يفعله الفرد بل معرفة ما يفعله بالفعل وأسلوبه فيه .. ونستطيع القول : بأن الأداء المميز لشخص ما هو أفضل مفتاح لشخصيته : فالعادات السلوكية لها قيمة تنبؤية فى ذاتها، فما فعله الشخص من قبل يكون أميل إلى أن يعيده ويكرره فى مواقف تالية فيما بعد..

ويطلق على أداة القياس النفسى التى تقيس هذا النوع من الأداء الاستخبار Questionnaire أو الإستبيان inventory أو قوائم التقرير الذاتى Self report أو قوائم الشخصية ، أو اختبارات الورقة والقلم .. Paper and pencil tests وأيضا كانت التسميات المستخدمة لأداة قياس الأداء المميز فأنها طريقة من طرق قياس السمات أو الأبعاد الأساسية للشخصية ، وهى نوع من المقابلة المقننة يتكون من مجموعة من الأسئلة أو العبارات التقريرية المطبوعة غالبا، يجب عنها المفحوص بنفسه (بالكتابة غالبا ، وشفويا أحيانا) فى ضوء احتمالات أو فئات للإجابة محددة سلفا مثل (نعم - لا ، موافق - غير موافق)، فى موقف قياس فردى أو جمعى ، وتندرج الأسئلة حول جوانب وجدانية انفعالية أو خاصة بالسلوك فى المواقف الاجتماعية ويجب عنها المفحوص على أساس معرفته لمشاعره وانفعالاته وسلوكه الماضى أو الحاضر ، وذلك بهدف الكشف عن جوانب معينة فى الفرد .. وتصحح الإجابة وتفسر بطريقة موضوعية سلفا (عبدالخالق: ١٩٨٠، ٢١-٢٢)

وتوجد أنواع متعددة من المقاييس أو الاستبيانات أو القوائم الخاصة بالمبول، والاتجاهات ، والقيم ، والدوافع ، والحاجات النفسية، والجوانب الوجدانية والانفعالية للشخصية.

هذا : ويوصى دائما فى استخدام الاختبارات والمقاييس النفسية عدم استخدام كلمة اختبار أو مقياس فى عناوينها حتى لايساء تفسيرها من قبل المفحوص مما يودى به إلى تشويه استجاباته.

مستويات المقاييس

للمقاييس مستويات مختلفة حددها العلماء على النحو التالى :

١ - مستوى التحديد المانع Exclusive :

أى يقيس إما تواجد صفة معينة (كالمنطوى أو المنبسط) أو نقيضها، وتسمى أحيانا المستوى الكيفى أو المتغير الوثناب وقد يطلق عليه البعض المقياس الحدى أو الوصفى Nominal ونعنى بالمتغير الوثناب بأنه الذى يقطع بصفة محددة لانتحمل التجزئة أو الدرجة أو النسبية وعادة ما يستخدم فى قياس السمات الكيفية للإنسان (كالذكر والأنثى أو الحضرى والريفى وما أشبه) . ويتميز هذا المقياس بالقطع والتحديد. Exclusiveness

٢ - مستوى التحديد المتدرج Ordinal :

وهو الذى يحدد درجة وجود صفة معينة مقارنة بدرجات النزعات المركزية (كالمتوسط الحسابى) أو المقارنة بآخرين أو بمعنى آخر قياس الرتبة أو المكانة Ranking للصفة والتى تسمح بتواجد درجات لها نزولا أو صعودا ويستفاد بهذه المقاييس عند الرغبة فى قياس المدى الذى بلغته تطرف الشخصية أو عصبيتها أو إكتئابها وما أشبه. وعادة ما تقسم هذه المستويات الى درجات تتدرج من الأدنى إلى الأعلى مثل (ضعيف - أقل من المتوسط - متوسط - عالى - عالى للغاية) ويتمتع هذا المستوى بخاصية النظام المتصاعد. Order

٣ - المستوى الفئوى Interval level :

وهو الذى يخضع القياس لقاعدة تكافؤ المسافات بين الصفات المختلفة المراد قياسها، فهو يقيس الصفات التى ليس لها الصفر المطلق التى تمثل أساسا للقياس ولكنه يجمع بين التصنيف القاطع للصفة والنظام المتدرج ولكن يضاف إليهما سمة

التكافؤ فى التدرج. وعادة ما تستخدم أساليب (الفئة) من (١ إلى ١٠) ومن ١٠ إلى ٢٠ وهكذا.

٤ - المستوى النسبى (قياس المعدل) Ratio measurement :

وهو مستوى أقل إستخداما فى قياس الشخصية ، ويتميز بأنه يجمع بين المستويات الثلاث السابقة ولكنه يملك الصفر المطلق الذى تقاس على أساسه الصفة، من ثم فهو يقيس القطع والمنع إلى جانب النظام والتدرج إلى جانب تواجد الصفر المطلق . وهو قياس يحسب (المعدلات) الرقمية مثل (٢٠٪ أو ٣٠٪) لصفة معينة فى شخصية الفرد وسماته الخاصة . وهو أكثر إستخداما فى قياس مدى تقدم العلاج الذاتى ومدى تزايد أو تناقص صفة معينة بإستخدام النسب المئوية وهكذا .. فتقول بأن معدل التحسن بلغ كذا فى المائة وهكذا (Kevin & Fisher, 1988, 20)

مبادئ منهجية القياس Research Principles :

إعداد المقياس : لابد وأن يسبقه مجموعة مقننة من البحوث التجريبية والوصفية التى تمهد للصياغة النهائية للمقياس. ولهذه البحوث مجموعة من المبادئ نحددأ فيما يلى:

أولا : الثبات Reliability :

ويعنى به التيقن من أن أدوات البحث المختلفة بأسئلتها ووسائلها ومصادرها المتعددة تقيس نفس الظاهرة المراد بحثها. وللثبات أشكال مختلفة هى:

أ - الاتساق الداخلى Internal Consistency

ويعنى به التأكد من أن جميع أسئلة الأداة البحثية تقيس الظاهرة وليس نقضها مهما اختلف الباحثون أو اختلف الزمان أو المكان. ويعتمد قياس هذا الاتساق على عدة وسائل منها :

١ - تطبيق اختبار ألفا بقياساته العامة Cronbach's Alpha الذى تعتمد عليه كافة البحوث الأمريكية. ومقاييس منطقية الأسئلة essential logic والمسمى بإختبار

- كيودور ريتشاردسون Kudor - Rechardson Formula ، وطريقة التجزئة النصفية Split half reliability ومعادلة سبيرمان براون Spearman formul .
- ٢ - تكرار الأداة البحثية test retest لنفس الظاهرة (إعادة الاختبار) .
- ٣ - قياس التوازي parallel forms عند استخدام أكثر من أداة للبحث بحساب معامل الارتباط.
- ٤ - مقياس الخطأ error scale وهو مقياس يحسب مدى توافر الأخطاء التي كشفتها الأساليب الثلاثة الماضية للمعدلات المتفق عليها S.E.M أى مقياس روشوس للأخطاء.

ثانياً: الصدق Validity :

ويحني به مدى صدق الأداة المستخدمة لقياس الظاهرة وليس غيرها، ويشمل أشكال مختلفة:

- أ - صدق المضمون: Content validity ويشمل إما الصدق الظاهري face validity أو الصدق المنطقي logic validity
- ب - الصدق العلمي: critrion validity وله أشكال مختلفة كالقياس المقارن والقياس الجمعي والقياس التنبؤي.
- ج - صدق المحتوى العلمي (صدق التكوين الفرضي) construct validity
- ويستخدم في حالة قياس مفهوم علمي معين تعينه نظرية بعينها كقياس إختبار الحيل الدفاعية الذي أعده جارسون سنة ١٩٨٤ أو إختبار العزلة لروشوس...الخ (Kevin & Fisher, 1988, 28)

المبادئ الواجب مراعاتها عند تطبيق المقاييس:

بعد أن أخضعنا المقاييس ذاتها للتقييم ، والأسس الواجب مراعاتها عند إعدادها، بقي لنا أن نحدد أهم المبادئ الواجب اتباعها عند إستخدامها فى التطبيق العلمى. فقد علمنا مسبقا أن الأخصائى النفسى يمكنه إسخدامها فى بعض الحالات

والمواقف التي يتعين فيها تحديد سمة العميل أو العملاء في ارتباطها بالموقف أو المشكلة .. وأهم المبادئ هي:

١ - النفعية : Utility بمعنى أن استخدام المقياس يعتمد على مدى ما يحققه من نفع لعمليات المساعدة والتدخل المهني، وبمعنى آخر حساب الجدوى. وحساب الجدوى لابد وأن يعتمد على تقرير الأخصائي الكلينيكي للجهد وطول المقياس وصلاحيته لخدمة الحالة ومناسبتها لها ومدى الفائدة المرجوة من استخدامه.

٢ - التناسب والقبول : Suitability أى التأكد من إمكانية تطبيق مقياس بعينه على العميل من حيث اللغة والمضمون والصياغة والطول ومراعاة السن ودرجة التعليم...الخ.

٣ - حساسية المقاييس : Sensitivity بمعنى قدرة المقياس المختار للقياس الدقيق وشديد الحساسية للصفة المراد قياسها دون خلطها بصفات أخرى.

٤ - قياس الفعل وليس رد الفعل : Directness المقياس الأفضل هو الذي يقيس تواجد الصفة مباشرة وليس أعراضها أو مظاهرها.

٥ - فهم المقياس وإستيعابه قبل الإستخدام.

٦ - الأمانة والصدق وعدم التحيز لرأى الممارس.

٧ - يمكن تطبيق متكرر للمقياس للتأكد من صدق النتائج وخاصة في الحالات التي سبقت على هذه النتائج إتخاذ خطوات حاسمة كالتحويل إلى عيادة نفسية أو مؤسسة للتأهيل .. وهكذا.

أهمية الاختبارات والمقاييس النفسية في علم النفس الإكلينيكي :

تتميز الاختبارات والمقاييس النفسية بعدة خصائص تجعلها هامة في علم النفس الإكلينيكي .. من ذلك:

١ - أنها تيسر دراسة دائرة واسعة من السلوك في وقت قصير نسبيا وبجهد أقل مما تتطلبه الأدوات الأخرى لجمع البيانات.

٢ - أنها قد تيسر الحصول على بيانات قد لا يكون العميل واعيا بها شعوريا أو يكون غير قادر على التعبير عنها بصورة مباشرة (كما فى الاختبارات الإسقاطية التى سنتناولها بالتفصيل فيما بعد) (ملكية : ١٩٨٠)

٣ - تستخدم بسهولة فى الكشف عن كثير من الاضطرابات والمشكلات النفسية، مما لا تستطيع الوسائل الأخرى لجمع المعلومات الحكم عليه بدقة من ذلك:

- أ - الكشف عن الوظائف العقلية ودرجات النمو العقلى باستخدام مقاييس الذكاء..
- ب - للتمييز بين مصادر الذهان هل هى عضوية أم وظيفية ، فيلجأ الأخصائى النفسى الاكلينيكى إلى مقاييس التشخيص العصبى والحسى/الحركى مثل : اختبار بندر جشائلت وتذكر الأشكال.
- ج - الكشف على بناء الشخصية وخصائصها . ومن أهم الاختبارات شيوعا للكشف عنها : اختبار الشخصية المتعدد الأوجه ، اختبار أيزنك للشخصية، اختبارات كاتل ، اختبار تفهم الموضوع، واختبار الروماخ (وهما اختباران إسقاطيان) . (إبراهيم : ١٩٨٨).

استخدام الاختبارات والمقاييس النفسية فى العمل الاكلينيكى:

انتشر استخدام الاختبارات والمقاييس النفسية فى الميدان الاكلينيكى بدرجة هائلة حتى أصبح أبرز الوظائف التى تنسب إلى الأخصائيين النفسيين .. غير أن ذلك - للأسف - قد أدى إلى كثير من السلبيات فى العمل الاكلينيكى منها:

- أن ارتباط تطبيق وتفسير نتائج الاختبارات النفسية أكثر مما يجب بعمل الأخصائى النفسى الاكلينيكى قد أدى إلى حرمانه من عدد من الوظائف الأخرى داخل الفريق العلاجى كعمليات التشخيص والاستشارة والعلاج.

- أن الاعتماد الشديد على الاختبارات والمقاييس النفسية قد أدى إلى ما يشبه الإدمان عليها فأصبحت تطبق دون مراعاة لحدود تطبيقها أو الشروط السيكومترية التى تحكم استخدامها وظروف تقينيها والعينات الحضارية التى اشتقت المعايير منها (خاصة اختبارات الذكاء) (إبراهيم : ١٩٨٨) .. وهذا ما حدا بكثير من الأخصائيين

الاكlinيكيين إلى المطالبة بحرق الاختبارات النفسية لما تؤدي إليه من تحيز وتضليل (مليكه : ١٩٨٠).

غير أن الاكlinيكي الماهر هو الذي يتقن مالاختبارات والمقاييس وماعليها ومواضع وحدود استخدامها في اطار الطريقة الاكlinيكية وفي ضوء الأسس التي يبنى عليها ويطبق الاختبار السيكولوجي - ومازال استخدام الاختبارات والمقاييس النفسية يعد جزءا هاما من عمل الأخصائي النفسي الاكlinيكي وجزءا من تدريبه في مراحل دراسته الجامعية الممهدة لتخصصه.

ويعدد الباحثون والمرشدون والمعالجون النفسيون استخدام الاختبارات والمقاييس النفسية في الميدان الاكlinيكي.

وقد عرض صفوت فرج (١٩٨٠) أهم الاستخدامات للاختبارات والمقاييس النفسية في المجال الاكlinيكي فيما يلي:-

١ - تحديد مستوى قاعدى من المعلومات عن الفرد ويتجه هذا المطلب إلى

التعرف على وضع الفرد في فترة مبكرة ، وتكون المعلومات بهذا الوضع ذات فائدة في المقارنات التي تجرى بعد انتهاء علاج معين.

٢ - تقييم حالة المريض بعد العلاج لتحديد ما إذا كان قد تحسن أم لا ، وهو التقييم الذي يتم في ضوء المعلومات السابقة عنه.

٣ - تخطيط وتوجيه التدخل العلاج وهو الهدف الأساسى من الفحص الاكlinيكي، ويتم هذا التخطيط عادة قبل بدء العلاج.

٤ - تشخيص مشكلات المريض ، وقد يكون الفحص التشخيصى ضروريا لأهداف عملية أو لاستيفاء سجلات الفرد أو لتحديد وتصنيف أعراض غير واضحة أو متداخلة.

٥ - التنبؤ بسلوك الفرد في المستقبل لتحديد احتمالات تعرضه لبعض المخاطر مثل : مخاطر الانتحار مثلا ، أو التعرف على السمات

الشخصية للمريض في صلتها بالظروف النفسية الإجتماعية ، مما يؤدي إلى أساس تتبؤى جيد للتوافق في المستقبل.

بالإضافة لذلك أشار آخرون إلى أن استخدام الاختبارات والمقاييس النفسية في العمل الاكلينيكي يندرج تحت الفئات التالية :

أ- الاختيار Selection

- ١ - الالتحاق بالمدارس المتقدمة أو التعليم الجامعي طبقا للاستعدادات والقدرات.
- ٢ - عند الالتحاق بالمهن وعند التدريب في المهن ، وعند الانتقال للترقية إلى المهن الأعلى.
- ٣ - فرز المجندين للتوزيع على أسلحة الجيش المختلفة ؛ وتحديد للحالات التي يمكن أن يحدث لها اضطراب عقلي أو سوء توافق.
- ٤ - نقل الأطفال ذوي التوافق السيئ إلى مدارس خاصة.
- ٥ - وضع المجرمين والجانحين في أنواع معينة من السجون أو الإصلاحيات أو إطلاق للسراح بكلمة الشرف (عبد الخالق : ١٩٨٠)

ب - الإرشاد:

- ١ - تقدم معلومات معيارية عن قدرات المسترشد واستعداداته وميوله واتجاهاته وشخصيته لتساعده على اتخاذ قرارات تعليمية أو مهنية حكيمة ، كما تساعده على زيادة فهمه لنفسه وتقبله لذاته..
- ٢ - يمكن استخدام نتائج الاختبارات كمحكات يستفيد بها المرشد في تحييص عمله وتصوراته سواء في التشخيص أو في التنبؤ أو في العلاج مما يؤدي به إلى النهوض بعمله (الشناوى : ١٩٩٦)

ج - التشخيص والعلاج النفسي :

- ١ - يعتمد التشخيص الاكلينيكي على المقاييس والاختبارات باعتبارها احدى الوسائل لجمع المعلومات عن ذوي التوافق السيئ إلى جانب الوسائل والفنيات

الأخرى حيث تقدم نتائجها لجهة الاختصاص بالحالة كوالد الطفل أو المدرس، أو المحكمة ، أو الطبيب النفسى ويترك لهم تحديد نوع العلاج المناسب للحالة.

٢ - فى حالة العلاج النفسى تستخدم الاختبارات للتعرف على المرضى الذين توجد لديهم اضطرابات فى الشخصية تبرز استخدام أنواع معينة من العلاج دون غيرها وخاصة عند استخدام طرق العلاج العنيفة كالعلاج بالصدمات الكهربائية أو التدخل الجراحى لقطع الألياف العصبية الموصلة بين الفحص الجبهى والنالموس كما فى حالات الاكتئاب والفصام مثلا..

د - البحوث:

١ - تستخدم الاختبارات والمقاييس النفسية فى المجال الاكلينيكى فى تقويم الآثار الناتجة على شخصيات التلاميذ واتجاهاتهم نتيجة لتعرضهم لنظم مدرسية معينة، أو برامج العنف فى التلفزيون مثلا ، أو تقويم مختلف طرق وأساليب نشئة الأطفال .. أو تقدير التغيرات الناتجة عن مختلف أنواع التدخل العلاج.

٢ - كما تستخدم الاختبارات والمقاييس النفسية فى تقدير مستويات ومعايير وخصائص النمو فى كل مرحلة من مراحل النمو وتقدير التغيرات الناتجة عن الظروف المختلفة.

التفسير الاكلينيكى للاختبارات والمقاييس النفسية:

كما هو معلوم فان تعبير إكلينيكى يستخدم تقليديا للإشارة إلى أية طريقة منهجية للدراسة المتعمقة للحالات الفردية .. وبهذا الاستخدام يصبح القياس تشكيل للانطباعات وتكوين للتقديرات عن الشخص أو التجميع النظامى ، والتنظيم للمعلومات عن الشخص ومواقفه والتنبؤ بسلوكه فى مواقف جديدة .. ومن هذا المنطلق فان كل اختبار يمكن اعتباره اختبارا إكلينيكيا بالمعنى الحرفى للكلمة مادام يستخدم فى مساعدة الأفراد وتحليل أدائهم بصورة أو بأخرى لمعرفة نواحي القوة والضعف فيهم (فرج : ١٩٨٠).

وعادة يكون التفسير الاكلينيكي للدرجات على الاختبارات والمقاييس النفسية على النحو التالي:

١ - التفسير الوصفي Descriptive :

ويتضمن درجات الأسئلة التي تكون اجاباتها فى شكل وصف مباشر للفرد مثل ذكائه أو قدراته ، أو المقارنة بين ذكائه اللفظى وذكائه العملى ، أو اهتماماته وميوله التعليمية أو المهنية ... إلخ..

٢ - التفسير الجينى Genetic السببى :

ويتضمن الأسئلة التي تدور حول تحليل الوظائف والصعوبات التي يعاني منها الفرد ومصادر هذه الصعوبات بالصورة التي تساعد على توجيه العلاج أو العون... من ذلك : هل صعوبات القراءة لدى الفرد ترجع إلى انفلاق انفعالى أم ترجع الى نمو غير سليم لمهاراته الأساسية ، أم نقصان فى الاهتمامات والميول؟ .. هل رفض الفرد للأنشطة الميكانيكية ناتج عن ضغوط عائلية لتجنب هذا المجال أم لفضل سابق ، أو نتيجة أنه يفضل أشياء أخرى.

٣ - التفسير التنبؤى Predictive :

ويتضمن درجات الأسئلة التي تجيب عن أفضل احتمالات المستقبل بالنسبة للفرد من ذلك : أى نوع من الدراسة يفضل؟ ، وما يتوقع له من نجاح فى دراسة معينة؟ أى قدر من الرضا سيُشعر به فى عمل ما مقارنة بما يمكن أن يشعر به فى عمل آخر؟ (فرج: ١٩٨٠)

٤ - التفسير التقييمى Evaluated :

ويتضمن درجات الأسئلة ذات الطابع الارشادى .. والتي غالبا ما يسعى الفرد بنفسه للتعرف على اجاباتها قبل اتخاذها للقرارات الهامة - من ذلك : أى دراسة ينتج إليها ، وأى عمل يختار تبعاً لقدراته واستعداداته .. وهل يمكن أن ينجح زواجه من فتاة بعينها ؟

أنواع المقاييس Types of measurement tools :

للمقاييس أشكال مختلفة وأساليب متنوعة لتحديد ظاهرة إنسانية معينة، لمعرفة نمط العمل بأبعاده المختلفة نحصرها فيما يلي:

١ - الملاحظة:

وهي من أهم أدوات الأخصائي الاكلينيكي لتحديد سلوكيات العميل وعاداته واتجاهاته الظاهرية ، ومن الأساليب المساعدة في تقدير المشكلة ومواجهتها. ولها ثلاثة أبعاد هي:

- أ - التكرار frequency ، أى ملاحظة مرات السلوك فى فترة زمنية معينة أو مرات عدم أداء سلوك معين (كمرات البكاء أو التدخين أو الصمت).
- ب - الزمن duration ، أى تحديد الفترات ومدتها التى يحدث خلالها سلوكيات معينة (كحساب مدد : الصداق، والصراخ، والإستنكار، واللعب...الخ).
- ج - معدلات الحدوث interval measure ، عندما لا يكون حدوث سلوك معين منتظما أو دوريا يصعب حصره بدقة، من ثم فتحديد فترة زمنية ممتدة لحصر حدوث الظاهرة السلوكية وتحديد معدلات تحصرها فى فئات معينة : (مرة فى الشهر، ثم مرتين ...الخ). ومن المفضل أن يعقب الملاحظة أساليب لتقنينها ومراجعتها وقياس مصداقياتها وحصرها فيما يعرف (بالرموز Code) لتحديد مستويات الصفة المراد ملاحظتها ... الخ.

٢ - الجداول الفئوية الذاتية self-anchored scale :

وهى أسلوب آخر لقياس الشخصية من خلال الإتفاق مع العميل على إعداد متدرج Continuum يقيس ظاهرة كالحزن مثلا من خلال مكانها بين الشدة والبساطة وعدم الحدوث ويؤشر على العلامة عند الإحساس بالظاهرة عند الرقم المختار.



٣ - الآثار والمهمات المادية Client logs :

ويعنى بها حصر الأدوات أو الإستعمالات اليومية المادية للعميل والمرتبطة بمشكلته وذلك مثل أنواع الصحف والمجلات والكتب التى يحرص على قراءتها العميل أو أدوات اللعب أو التسلية وما أشبه ، أو مستوى النظافة أو القذارة فى المظهر أو فى الأثاث...الخ.

٤ - أدوات القياس الكهري Electro-mechanical measures :

وهى أدوات استحدثت لقياس الآثار الجسمية والعصبية لمثير معين، كانهضات العين، أو حمرة الوجه، أو تصب العرق، وما أشبه ... وهى شائعة فى الدول المتقدمة.

٥ - المقاييس الذاتية المقننة Standerdized measures :

ومنها المقاييس التى سنقدم تعريفا ببعضها والتى سبق تقنينها تيسيرا لجهود الأخصائى النفسى الإكلينيكى ويشترط فيها أن تكون :

أ - يمكن بيسر وسهولة تطبيق العميل بنفسه لها.

ب - قصيرة وموجزة ومركزة لاتستغرق زمنا طويلا.

ج - لغتها بسيطة ودارجة.

د - تتضمن نتائجها فور إجراءاتها.

هـ - تفسرها واضح وبسيط فى إجراءاتها.

و - لاتتطلب من الأخصائى عمقا بحثيا أو إحصائيا.

ز - لاتتضمن تعقيدات نظرية مركبة.

ح - تصلح لإجراء اللوجية الواحدة دون الحاجة إلى تكرارها.

ط - تم تقنين هذه المقاييس وفقا لجداول ألفا Alfa وجورباك

Gourback بمقننتها العالمية، ولا تتطلب للممارسة إلا إعادة صياغة

تناسب الثقافات السائدة.

مزايا المقاييس ومساوئها

كأى إنجاز علمى أو مهارى فإن للمقاييس مزايا كما أن لها مساوئها والعمل الإكلينيكي .

وأهم المزايا هى:

١ - الكفاءة والعملية Efficiency :

يرى بلوم Bloom وفشر Fisher من علماء المقاييس أن مزايا المقاييس السرعة والعملية والفاعلية والمصدقية. ولا تتطلب جهدا تفسيريا أو إحصائيا يعوق الممارسة العملية.

٢ - وسيلة للدراسة المتعمقة: Accessibility

تكشف هذه المقاييس تلك الظواهر الكامنة التى لاتبدو واضحة للعيان عن مكونات الشخصية وحقيقة أحاسيسها وإتجاهاتها وعاداتها وسلوكياتها تعجز السبل الأخرى عن إكتشافها.

٣ - وسيلة للتعبير والتعبير:

فالعميل قد يقاوم التعبير الصريح عن حقيقة مشاعره فى المقابلة العادية، ولكنه قد يجد فى هذه الإختبارات فرصة مواتية للتعبير عنها.

٤ - تصلح لعقد المقارنة Comparability :

تفيد الدرجات النهائية بكل إختبار فى عقد مقارنة بينها وبين درجات الآخرين أو درجات نفس العميل فى مراحل متتالية.

٥ - الحياد Neutrality :

وهى سمة مطلوبة لإمكان فهم العميل ومساعدته، حيث لاتعطى المقاييس فرصة لظهور التحيز والتعصب أو الأحكام الذاتية لشخص الأخصائى الإكلينيكي.

أما أهم مساوئ المقاييس فهى:

١ - رغم تقنينها علميا فإنها مستظل تفتقد الصلاحية المطلقة للقياس

السيكومتري طالما كان شخص العميل ينتمى لجماعة أخرى غير جماعة

البحث التي أعد من خلالها المقياس، فضلا عن عجزها عن ترجمة الحيل الدفاعية الكامنة وأثر جهود إجرائها على مصداقية النتائج ، فاجراء المقياس بخطواته والمناخ الإكلينيكي للمقابلة قد يؤثر سلبا على روح المقابلة والعلاقة المهنية في بعض الحالات.

٢ - تؤدي بساطتها إلى تحولها إلى سلوك روتيني للأخصائي النفسي الذي قد يتعجل تقدير النتائج مدعيا علمه مسبقا بها.

٣ - قد لاتناسب مستويات عقلية معينة. كالأطفال وضعاف العقول والأغباء والمسنين ومن إليهم.

٤ - مقاومة بعض المؤسسات لإستخدامات المقياس إما لجهلها بمزاياها أو لعدم تملك إمكانات تطبيقها أو للروتين والبيروقراطية . فهي تتطلب عادة جهدا وتكلفة إضافية قد لا تتحملها هذه المؤسسات .

(Kevin & Fisher، 1988، 22-25) .

أهم الاختبارات والمقاييس النفسية

تتنوع الاختبارات بأسماء والمقاييس النفسية حتى أصبحت بالآلاف.. غير أننا سوف نحاول عرض قائمة لأسماء بعض الاختبارات والمقاييس الهامة المستخدمة في المجال الإكلينيكي في أغراض التوجيه أو الارشاد أو التشخيص أو البحث أو العلاج لتكون دليلا للأخصائيين النفسيين في استخدامها..

أولا : اختبارات ومقاييس الذكاء:

١ - اختبار ستانفورد بينيه للذكاء Stanford Binet intelligence scale وقد وضعه بينيه Binet ، وراجعه تيرمان وميريل Terman & Merrill وعربه وأعد معايير محمد عبد السلام أحمد ولويس كامل مليكة.

٢ - مقياس وكسلر بلقيو لذكاء المراهقين والراشدين Wechsler Adults Intelligence .. Scale (WAIS) وقد أعده دافيد وكسلر ، واقتبسه وأعده

العربية لويس كامل مليكة . ويضم القسم اللفظي منه اختبارات : المعلومات ، والفهم ، وإعادة الأرقام ، والاستدلال الحسابي ، والمنتشبهات ، والمفردات .. أما القسم العملي فيضم اختبارات : ترتيب الصور ، وتكميل الصور ، ورسوم المكعبات ، وتجميع الأشياء ، ويناسب الأعمار من ١٥ - ٦٠ سنة.

٣ - مقياس وكسلر لذكاء الأطفال Wechsler Intelligence Scale .. for children

(WISC) وقد أعده دافيد وكسلر واقتبسه وأعد معاييرهِ العربية محمد عماد



دافيد وكسلر

الدين اسماعيل ولويس كامل مليكة. ويضم القسم اللفظي منه اختبارات : المعلومات والفهم ، والحساب ، والمنتشبهات ، والمفردات ، وسلاسل الأعداد .. ويضم القسم العملي اختبارات : تكميل الصور ، وترتيب الصور ، ورسوم المكعبات ، وتجميع الأشياء ، والشفرة . ويناسب الأعمار من ٥ - ١٥ سنة.

٤ - مقياس وكسلر للأطفال في سن ما قبل المدرسة Wechsler of Intelligence

scale Pre School and Primary (WEPPSI) وهو يقيس ذكاء الأطفال في

سن الروضة في الأعمار ٤ ، ٥ ، ٦ سنوات . وقد إقتبسه وأعد معاييرهِ العربية مصطفى كامل.

٥ - اختبار المصفوفات المتتابعة Progressive Matrices وقد أعده ران Raven

وأعده للعربية مصطفى فهمي ، فؤاد أبو حطب ، حامد زهران ، على خضر .. ويناسب الأطفال والشباب والكبار.

٦ - اختبار رسم الرجل Goodenough Draw-a-man Test وقد أعدته جود

إنف وقد أعد معاييرهِ المصرية مصطفى فهمي وأيضاً مصطفى سويف،

عبد السلام عبد الغفار فى لبنان ، فؤاد أبو حطب وآخرون فى المملكة العربية السعودية ، مالك البدرى فى السودان ، ويناسب الأعمار من ٦ - ٢١ سنة.

٧ - اختبار رسم المنزل والشجرة وللشخص House tree person Projective Technique وقد وضعه باك Buck ونقله إلى العربيه وأعد معاييره لوييس كامل مليكة .. وله معايير من سن ١٥ منه فما فوق.

٨ - اختبار بيتا للذكاء المعدل Beta Intelligence Test

أعد هذا الاختبار فى صورته الأمريكية كيلوج ومورتن (١٩٧٨) ، ونقله إلى العربية محمد شحاته ربيع (١٩٨٦) الذى أعد معاييره على البيئة السعودية تحت اسم "اختبار الرياض بيتا للذكاء". ويشتمل على اختبارات : المتاهات ، الترميز ، الأشكال الهندسية ، تكملة الصور ، المهارات الكتابية، سخافات الصور.

٩ - اختبار الذكاء غير اللفظى : اقتباس واعداد عطيه هنا .. ويناسب الأعمار من ٦ - ١٦ سنة.

١٠ - اختبار الذكاء المصور : اعداد أحمد زكى صالح ، ويناسب الأعمار من ٨ - ١٧ سنة.

١١ - اختبار ذكاء الشباب اللفظى : تأليف حامد زهران ويناسب المرحلتين الاعدادية والثانوية.

١٢ - اختبار الذكاء العالى : اعداد السيد محمد خيرى ، ويناسب المرحلة الثانوية والجامعية ، وقيس القدرة على تركيز الانتباه، القدرة على إدراك العلاقات ، الاستدلال اللفظى والاستدلال العددي...

١٣ - اختبارات القدرات العقلية ، اعداد فاروق عبد الفتاح ، وتقيس القدرة العقلية العامة ، وهى سلسلة اختبارات متدرجة فى الصعوبة لمستويات الأعمار ٩ - ١١ سنة، ١١ - ١٤ سنة ، ١٥ - ١٧ سنة وما بعدها.

١٤ - اختبار كاتل للذكاء : وقد نشره بالعربية أحمد عبد العزيز سلامة وعبد السلام عبد الغفار ويصلح لقياس ذكاء الأطفال ما بين ٨ - ١٤ سنة.

١٥ - لوحة سيجان : وهو عبارة عن لوحة خشبية تتضمن مجموعة من الأشكال الهندسية التي ينبغي وضعها في أماكنها ، ويحسب الزمن المستغرق في ثلاث محاولات ، ويترجم الأداء إلى عمر عقلى ويصلح لنحذاء الأطفال المتخلفين عقليا الذين يتراوح نمو عمرهم العقلى من ٣ - ٢٠ سنة.

١٦ - اختبار المآهات لبورتئوس The Porteus Mazes وتتكون من مجموعة من المآهات المرسومة على الورق ويطلب من المفحوص أن يتتبع ممراتها حتى المخرج وقد أثبتت نجاحها مع الأشخاص الذين يتمتعون بذكاء منخفض.

١٧ - اختبار ذكاء المكفوفين وضعاف البصر : اعداد حامد زهران ، فتحى عبدالرحيم ، ويناسب الأطفال والشباب فى المراحل الابتدائية والاعدادية والثانوية.

ثانياً : اختبارات القدرات والاستعدادات والميول والقيم:

١ - اختبار القدرات العقلية الأولية : الذى اقتبسه أحمد زكى صالح عن اختبارات ثرستون وقيس القدرة اللغوية ، القدرة على الإدراك المكاني ، القدرة على الاستدلال ، القدرة العددية..

٢ - اختبار الاستعداد العقلى للمرحلة الثانوية والجامعية : اعداد رمزية الغريب. وقيس القدرات العقلية الأساسية فى الملوك الذكى وهى : اليقظة العقلية، القدرة على إدراك العلاقات المكانية ، التفكير المنطقى ، التفكير الرياضى، القدرة على فهم الرموز اللغوية.

٣ - اختبار تورانس للتفكير الابتكارى ، الذى ترجمه وأعدّه للعربية عبد الله سليمان وفؤاد أبو حطب ويشمل اختبارات الأشكال (التفكير الابتكارى باستخدام الصور)، واختبار الألفاظ (التفكير الابتكارى باستخدام الكلمات) ، ولكل منهما صورتان (أ ، ب) تناسب مراحل التعليم من الابتدائى إلى العالى.

٤ - اختبارات التفكير الابتكاري : اعداد عبد السلام عبد الغفار وتشتمل على اختبارات الطلاقة ، واختبارات الاستعمالات (لقياس المرونة الثقافية) ، واختبار المترتبات (لقياس الأصالة) ..

٥ - بطارية القدرات المهنية الفارقة : وقد أعدها مصطفى الشراوى لدراسة أنماط القدرات العقلية اللازمة للتكيف فى التدريب على بعض المجموعات المهنية للاستفادة منها فى ميادين التربية والتوجيه المهني... وتشمل عدة اختبارات منها:

- اختبارات القدرة العامة وتشتمل على ثلاث اختبارات نكاء منفصلة تشكل جزءا هاما من بطارية الاختبارات الفارقة . وهى اختبارات القدرة اللفظية ، والقدرة العددية، والقدرة الإدراكية.

- اختبار الأشكال : مقياس القدرة المكانية ، والتصور المكاني .

- اختبارات السرعة : وتشمل ست اختبارات اختبار السرعة الكتابية ، واختبار المرونة العقلية ، واختبار المرونة اللفظية ، واختبار الطلاقة الفكرية ، واختبار السرعة اليدوية ، واختبار المهارة اليدوية.

اختبار الممسلات المركبة

اختبار القدرة الميكانيكية

٦ - اختبار القدرات النفسية اللغوية : ويتضمن بطارية اختبارات للأداء اللغوى أعدها وقنها هدى برادة ، فاروق صادق ، وتتكون من (٩) اختبارات يمكن تطبيقها على الأطفال من الثانية إلى التاسعة .. وتشمل : اختبار الاستقبال السمعي ، اختبار الاستقبال البصرى ، اختبار التعبير بالحركة ، اختبار الترابط السمعي الصوتي ، اختبار التسلسل البصرى والحركى ، اختبار التعبير اللغوى اللفظي ، اختبار التسلسل السمعي الصوتي ، اختبار التوافق البصرى الحركى ، اختبار الإدراك السمعي .

٧ - مقاييس المستوى اللغوى : اعداد عبد الباسط خضر ، ويهدف إلى معرفة مستوى الأداء اللغوى للأطفال حيث يطلب من المفحوص كتابة الكلمات التى تبدأ بكل حرف من الحروف الأبجدية ، ويكتب أطول جملة تعبر عن الصورة المرتبطة بكل حرف فى الصورة المرفقة.

٨ - مقياس السلوك التكيفى (نهيرا) : وقد نشر عن طريق الجمعية الأمريكية للضعف العقلى ونقله للعربية فاروق صادق ، كما نقله أيضا صفوت فرج وناهد رمزى ويتكون من جزأين . الجزء الأول خاص بالسلوكيات الاستقلالية والثانى الجوانب الاكلينيكية الخاصة بالمشكلات السلوكية.

٩ - مقياس الفرز العصبى السريع Mutti et al . Quick Neurological Screening Test لفرز التلاميذ ذوى صعوبات التعلم الذى وضعه موتى وآخرون وأعدّه للعربية مصطفى كامل . ويتكون من ١٥ اختبارا فرعيا للتعرف على الأطفال ذوى صعوبات التعلم النمائية ابتداء من سن ٥ سنوات.

١٠ - مقياس التوافق الدراسى للطلاب الجامعى : اعداد حسن مصطفى ويتكون من ٧٠ بندا تدور حول مجالات التوافق الدراسى الجامعى فى سبعة مجالات هي: الاتجاه نحو الجامعة ، الرضا عن الدراسة ، الاختيار الدراسى ، مشاعر النجاح والفشل ، الجد والاجتهاد ، العلاقة بالأستاذة ، العلاقة بالزملاء.

١١ - مقياس الاتجاهات الدراسية وطرق الاستذكار : اعداد وليم ميخائيل ، جون ميخائيل ، وإين زيمرمان Joan J. Michael & William B. Michael Wayne S. Zimmerman وقد اقتبسة محمد السيد عبد الرحمن للتعرف على الطلاب الذين يجدون صعوبة فى انجاز الأعمال المدرسية لوجود طرق استذكار غير سوية أو لوجود اتجاهات سلبية نحو المدرسة وذلك من خلال ستة أبعاد هي. الميل الأكاديمى حب التعلم ، التكيف الدافع الأكاديمى ويتمثل فى (المثابرة، الدرجة العالية من التكيف الأكاديمى ، طرق الاستذكار ، القلق الدراسى ، الانتهازية ، الاغتراب عن السلطة).

١٢ - اختبار كودر للميول المهنية : اقتبسه إلى العربيه أحمد زكى صالح ويطبق على طلاب المدارس الثانوية وقيس عشرة ميول رئيسية هي: الميل إلى العمل في الخلاء ، الميل للعمل الميكانيكي ، الميل للعمل الحسابي ، الميل للعمل العلمي، الميل للعمل الإقناعي، الميل للعمل الفني ، الميل للعمل الأدبي ، الميل للموسيقى ، الميل للخدمة الاجتماعية ، الميل للعمل الكتابي أو الإداري.

١٣ - مقياس الميول المهنية واللامهنية : اعداد عبد السلام عبد الغفار ، يطبق على طلاب التعليم الثانوي والجامعي ، يقيس أحد عشر ميلا هي : الميل للفنون ، الميل للغات ، الميل للعلوم ، الميل للعمل الميكانيكي ، الميل للعمل التجاري ، الميل للرياضة ، الميل للعمل في الخلاء ، الميل الإقناعي والإشرافي ، الميل للخدمات الإجتماعية ، الميل للعمل الحسابي ، الميل للعمل الكتابي .

١٤ - مقياس التفضيل المهني : من اعداد جون هولاند Holland وأعدده بالعربية محمد محروس الشناوي وينتج ست درجات للميول المهنية : البحثية ، والواقعية ، والفنية ، والاجتماعية ، والتجارية ، والتقليدية.

١٥ - مقياس القيم المهنية : وضعه ناب وناب Knap & Knap ونقله إلى العربية محمد محروس الشناوي ، على خضر وقيس القيم البحثية ، القيم العملية، القيم الإستقلالية ، للقيم القيادية، قِسم الترتيب ، قِسم التقدير ، القيم الجمالية، القيم الاجتماعية.

١٦ - اختبار القيم : وضعه ألبورت ، فيرنون ، ليندزي Vernon& Allport وLindzey واقتبسه وعربه عطية هنا وقيس القيم النظرية ، والقيم الاقتصادية ، والقيم الجماعية ، والقيم الاجتماعية ، والقيم السياسية ، والقيم الدينية .. ويصلح للشباب الجامعي .

١٧ - اختبار القيم الشخصية والاجتماعية : وضعه جوردون ، واقتبسه وأعد معايير العربية عبد السلام عبد الغفار وينقسم إلى قسمين :

١٨ - اختبار القيم الشخصية وقياس : القيمة العملية ، الانجاز ، التنوع ، الحسم ، التنظيم ، وضوح الهدف.

- اختبار القيم الإجتماعية وقياس : القيادة ، مساعدة الآخرين ، الاستقلال ، التقدير ، المعايير ، المصادرة ، المصادرة.

١٨ - بطارية تقدير كفاءة المعلم : أعدها أحمد الرفاعي غنيم وتضم خمسة مقاييس فرعية هي : بطاقة تقويم أهداف الدروس ، وبطاقة تقويم مذكرات الدروس ، واستفتاء عن تحضير المعلم لدروسه ، وبطاقة ملاحظة أداء المعلم للدرس في الفصل ، وبطاقة تقويم إجتماعية المهنة للمعلم.

ثالثاً : اختبارات ومقاييس الشخصية:

- ١ - اختبار الشخصية المتعدد الأوجه Minnesota Multiphasic Personality Inventory الذى أعده هاتراى وماكنلى فى جامعة مينسوتا ، وقد اقتبسه وقننه للعربية لويس كامل مليكة ، عطيه هنا ، محمد عماد الدين اسماعيل .. وبه عشر مقاييس فرعية لتوهم المرض ، البارانونيا ، الانقباض ، السيكاينيا ، الهستيريا ، الفصام ، الانحراف السيكاوباتي، الهوس الخفيف ، الذكورة الانوثة، الانطواء الاجتماعى .. واستخرجت مقاييس فرعية جديدة منه للسيطرة ، والتعصب ، والمسئولية ، والمكانة الإجتماعية الاقتصادية، والعصاب ، والضبط ، وقوة الأنا ، وألم الظهر الوظيفى ، والاعتمادية .. الخ.
- ٢ - اختبار التشخيص النفسى : اعداد حامد زهران وقامت بتعديله اجلال سرى ، ويناسب الشباب والراشدين ، ويستخدم فى تحديد المشكلات وتشخيص الاضطرابات والأمراض النفسية ، ويتضمن ٤١ نوعاً من الاضطرابات هي: القلق، توهم المرض ، الضعف العصبى ، الخواف ، الهستيريا، الوسواس والقهر ، التفتك ، الاكتئاب ، الهوس ، الفصام ، الهذاء ، الاضطرابات النفسية الجسمية ، الاضطرابات الجنسية ، الميكوباتية ، فضلا عن مقياس للصديق.

٣ - قائمة مراجعة الأعراض 90 Scl لقياسها عبد الرقيب البحيري وتشمل الأعراض الجسمية ، الموساس القهري ، الحساسية التفاعلية ، الاكتئاب ، القلق ، العداوة ، قلق الخواف ، البارنوبا التخيلية ، الذهانية.

٤ - مقياس الصحة النفسية : اعداد حسن مصطفى وهو مقياس لتشخيص الأكلينكي الذاتي لأعراض المرضية يكشف عن : الأعراض السيكوسوماتية ، القلق ، الاكتئاب ، البارنوبا ، العدوانية ، العصاب القهري ، الأعراض الهستيرية ، توهم المرض ، الأرق الليلي ، الفوبيا ، الحساسية التفاعلية.

٥ - مقياس الصحة النفسية : وقد لقيته محمد عماد الدين اسماعيل ، سيد عبد الحميد مرسى عن قائمة كورنل التي وضعها ويدر وآخرون لتشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية التي تبدو في أعراض : انعدام التوافق ، الاكتئاب ، العصبية والقلق ، اضطرابات التنفس والدورة الدموية ، الارتعاش ، الأعراض السيكوسوماتية الأخرى ، توهم المرض والوهن ، الأعراض السيكوسوماتية الخاصة بالمعدة والأمعاء ، الحساسية المفرطة والشك ، السيكوباتية الشديدة .. وله عدة صور عربية مقيسة عن الأصل الأجنبي .

٦ - اختبار عوامل الشخصية : تأليف ريموند كاتل ، وأعدده للعربية عطية هنا وسيد



ريموند كاتل

غنيمة وعبد السلام عبد الغفار ، ويطلق عليه مقياس عوامل الشخصية الـ ١٦ (16 P F) وهي : السيكلونيميا ضد الشيزنيميا ، الذكاء العام ضد الضعف العقلي ، الثبات الانفعالي وقوة الانا ضد عدم الاتزان الانفعالي وضعف الانا ، المحافظة ضد التحرر ، السيطرة ضد الانسباط ضد الانطواء ، قوة الانا الأعلى ضد ضعف الانا

الأعلى ، المخاطرة والاقدام ضد الخجل والحرص ، الواقعية ضد الرومانتيكية ، البساطة ضد نقد الذات ، الثقة بالنفس ضد الميل للشعور بالاثم ، الاكتفاء الذاتي

ضد الاعتماد على الجماعة ، قوة اعتبار الذات ضد ضعف اعتبار الذات ، قوة التوتر الدافعي ضد ضعف التوتر الدافعي ، التبصر ضد المذابة.

٧ - مقياس التحليل الاكزيتيكي : وقد أعده كرايخ وكاتل ومبتالف (١٩٨٠) وأعده للعربية محمد السيد عبد الرحمن ، صالح أبو عباة .. وينقسم إلى جزأين الجزء الأول يشتمل على ٦١ عامل تمثل السمات السوية للشخصية هي : التآلف (الدفء) ، الذكاء ، الثبات الانفعالي ، السيطرة ، الاندفاعية (الحماس) ، الامتثال (الانسحاب) ، المغامرة (الجرأة) ، الحساسية ، الارتياح ، التخيل ، الدهاء (الحكمة) ، عدم الأمان / الإطمئنان ، الراديكالية ، كفاية الذات ، التنظيم الذاتي ، التوتر .. أما الجزء الثاني فيشتمل على ٢١ عامل تمثل السمات اللاسوية وهي : توهم المرض ، الاكتئاب الانتحاري ، التهيج ، القلق الاكتسابي ، الانحراف الميكوبياني ، الفصام ، الوهن النفسي ، عدم الكفاية النفسية..

٨ - مقياس الإستقلال الذاتي : وقد اقتبسه حسن مصطفى من مقاييس أيزنك للشخصية ويرتكز على خمسة أبعاد هي : القدرة على اتخاذ القرار ، القدرة على الانجاز المستقل ، القدرة على تحمل المسؤولية ، التفرد ، التحرر (الليبرالية).

٩ - مقياس الثقة بالنفس : وقد اقتبسه حسن مصطفى من مقاييس أيزنك للشخصية ويتكون من ٤٢ سؤالا تكشف عن الثقة بالنفس من خلال الشعور بالرضا عن الذات ، والاحساس بالتفوق ، واليقينية ، والقدرة على تحقيق الأهداف ، والتوجه التحصيلي ، والثقة بالعلاقات مع الآخرين.

١٠ - قائمة أيزنك للشخصية Eysenck Personality Inventory



هانز ايزنك

وقد اقتبسها جابر عبد الحميد محمد فخر الإسلام، المطبوعة عن Madsley Personality Inventory وتقيس: الانبساط / الانطواء، العصائية / الثبات الانفعالي، الميل الذهاني، ويتضمن مقياساً للكذب. كما توجد صورة من نفس القائمة تتضمن خمس أبعاد للشخصية.

١١ - قائمة الشخصية : وقد أعدها جوردن واقتبسها فؤاد أبو حطب وجابر عبد الحميد وتعطى قياساً سريعاً لأربع سمات للشخصية فى التوافق مع المواقف التربوية والصناعية والإجتماعية هى : الحرص ، التفكير الأصيل، العلاقات الشخصية ، الحيوية.

١٢ - البروفيل الشخصى : وأعده أيضاً جوردن واقتبسها جابر عبد الحميد وفؤاد أبو حطب ، ويقيس أربعة جوانب للشخصية لها أهميتها فى الأعمال اليومية بالنسبة للشخص السوى هى : السيطرة ، المسؤولية ، الاتزان الانفعالي، الإجتماعية.

١٣ - مقياس التفضيل الشخصى ، وقد اقتبسها جابر عبد الحميد عن اختبار Edwards Personal Preference schedule ويهدف إلى تقدير ١٥ حاجة من الحاجات النفسية التى حددها موراى .

١٤ - مقياس الحاجات النفسية : اعداد حسن مصطفى ويقيس ٢٢ حاجة نفسية من مقاييس هنرى موراى للحاجات وهى : الحاجة للسيطرة ، الاذعان، الاستقلال، العداوة ، الاذلال ، الانجاز ، الجنس ، الاحساسية ، الاستعراض، اللعب ، الانتماء، اللبذ ، حب الذات ، تلقى العون ، العطف على الآخرين، تجنب اللوم ، تجنب المعذلة ، الدفاعية ، المضادة ، تجنب الأذى ، النظام ، الفهم.

١٥ - مقياس تننيسى لمفهوم الذات : أعده وليم فيتس وله عدة ترجمات عربية نذكر منها اقتباس عبدالرحيم بخيت، ويطبق من سن ١٢ سنة فأكثر. وله صورتان أحدهما الصورة الارشادية ، والثانية الصورة الاكلينيكية .. وأهم أبعاد الصورة الارشادية: نقد الذات ، الذات الجسمية ، الذات الأخلاقية، الذات الشخصية ، الذات الأسرية، الذات الإجتماعية، الذات الواقعية، الرضا عن الذات ، الذات السلوكية، مجموع تقدير الذات . أما الصورة الاكلينيكية فانها تعكس نسبة للصواب الخطأ ، درجات الصراع الكامل (صراع الاستسلام، صراع الرفض)، المجموع الكلى للصراعات، المقاييس الاكلينيكية (مقياس الدفاع الإيجابي، مقياس سوء التكيف العام، مقياس الذهانية، مقياس اضطراب الشخصية، مقياس العصابية ، مقياس تكامل الشخصية)، ثم عدد العلامات المنحرفة.

١٦ - اختبار مفهوم الذات : تأليف حامد زهران ، ويقيس مفهوم الذات الواقعى ، ومفهوم الذات المثالى على طول خمسة أبعاد هى : البعد الجسمى ، والعقلى، والانفعالى والاجتماعى ، وبعد عام - ويصلح لمرحلة الشباب.

١٧ - اختبار مفهوم الذات للصغار اعداد محمد عماد الدين اسماعيل، محمد أحمد غالى ، ويقيس مفهوم الذات الواقعية ، ومفهوم الذات المثالية ، ومفهوم الشخص العادى، التباعد ، تقبل الذات ، تقبل الآخرين.

١٨ - اختبار مفهوم الذات للكبار : أعدده محمد عماد الدين اسماعيل ويقيس نفس المفاهيم السابقة للذات.

١٩ - اختبار القلق الصريح : وقد عربيه وقتنه مصطفى فهمى ، محمد أحمد غالى عن مقياس Janet Personaliby scale of Manifest Anxiety الذى أعدته Taylor A. مقببنا من اختبار مينسونا المتعدد الأوجه .. وهو يقيس بدرجة كبيرة من الموضوعية مستويات القلق الذى يعانى منه الافراد عن طريق مايشعرون به من أعراض ظاهرة صريحة .. ويصلح للاستخدام فى جميع الأعمال ومختلف المستويات.

٢٠ - مقياس سمه وحالة القلق StateTrait Anxiety Scale وقد وضع هذه القائمة سيلبيرجر Spielberg ونقلها إلى العربية أحمد عبد الخالق ، وتشتمل على صورتين الأولى لقياس سمة القلق والثانية لقياس حالة القلق.

٢١ - مقياس القلق للمكفوفين : وقد أعدّه عادل الأسول ، عبد العزيز الشخص ويتكون من ٧٨ بنداً يمثل كل منها مظهراً من مظاهر القلق أسفر التحليل العاملى إلى وجود ستة عوامل هى : العامل الأولى : الأعراض الفسيولوجية للقلق ، والثانى المظاهر الانفعالية للقلق، والعامل الثالث : الشعور بالعزلة الإجتماعية، والرابع : اضطراب العمليات المعرفية ، والخامس الشعور بعدم الأمن حيال المستقبل المهني والأسرى ، والسادس يتعلق بصعوبة مواجهة متطلبات الحياة اليومية.

٢٢ - قائمة بيك للاكتئاب : أعدها آرون بيك وأعدّها للعربية رشاد عبدالعزيز وتتكون من ٢١ عرض للاكتئاب هى : الحزن ، التشاؤم ، الإحساس بالفشل ، عدم الرضا، الذنب ، توقع العقاب ، مقت الذات ، اتهام الذات ، الأفكار الانتحارية، البكاء ، حدة الطبع ، الانسحاب الإجتماعى ، التردد وعدم الحسم ، تغيير الفكرة عن المظهر الجسمى ، الاعاقة فى العمل ، الأرق سرعة الإحساس بالاجهاد ، فقدان الشهية ، فقدان الوزن ، الإثغال بصحة البدن، فقدان الشهوة الجنسية والمقياس له عدة ترجمات للعربية أخرى.

٢٣ - مقياس الغضب للمراقبين والراشدين : اعداد حسن مصطفى ، على عبدالسلام .. ويقيس خمس أبعاد للغضب هى : حدة الغضب ، مثيرات الغضب، المشاعر الانفعالية المصاحبة للغضب ، التصرفات المصاحبة للغضب، الأحكام العقلية المصاحبة للغضب.

٢٤ - مقياس المخاوف (الفوبيات) للأطفال : اعداد محمد عبد الظاهر الطيب ويتكون من ٢٠ عبارة ويصلح للأطفال من سن ٩ - ١٢ سنة.

٢٥ - اختبار الشخصية الاسقاطى الجمعى : وضعه وأعدّه للعربية محمود أبو النيل
ويقىس : السعادة ، وهن العزىمة ، الرعاىة ، الانزواء ، العصابىة ، الانتماء ،
طلب النجدة ، معامل انخفاض التوتر.

٢٦ - استبيان المشكلاات النفسىة للأطفال والمراهقن : وقء وضعه حسن مصطفى
لاستطلاع المشكلاات الشائعة فى هذه المرحلة وىضمن ٥١ مشكلة هى :
الغضب، الكذب ، الهروب ، السرقة ، الاكتئاب ، العزلة ، الغيرة ، الشعور
بالنقص، العدوان ، القلق ، مشكلاات الجنس ، للتخفن وتعاطى المخدرات ،
ضعف التحصىل الدراسى ، البذاءة اللفظىة ، الخوف.

٢٧ - استبيان مشكلاات المسننن : وقء وضعه حسن مصطفى لحصن المشكلاات
الشائعة فى الشىخوخة وهى: المشكلاات الجسمىة والصحبىة ، المشكلاات
الأسرىة، مشكلاات العلاقاات فى المجتمع ، المشكلاات المالىة والمهنىة ،
المشكلاات التروىبىة والنشاط للترفىهى .

٢٨ - استبيان الاآاهاات نحو تربىة الطفل وحباة الأسرة : وقء أءهه حسن مصطفى
عن استبىان اىرىك شىفار ورىشارء بل R. E.S & Bell، Schaefer. وىضمن
١٤ اآاهاا نحو تربىة الطفل وحباة الأسرة من وبة نظر الأم من آلال آلااة
أبعاد هى : البءء الأول التءعىم الأمومى .. وىشآمل على أربعة اآاهاات :
الاسآقلاال ، آشآىع التعبير اللفظى ، التءعىل بالنمو ، التعبير عن العاطفة ،
والبءء الثانى : الآكم والضبط .. وىشآمل على آمسة اآاهاات : الحبامىة
الزائءة ، السلطة المطلقة للوالءن ، العزل عن المؤآراآ الآارىة ، قمع
الجنس .. ولبءء الآلاآ : الآآاعل الأسرى وىشآمل على آمسة اآاهاات :
الآلاقاات الزوىبىة ، الرضا بالءور الأمومى ، للرضا بءور ربه البىآ ،
الانعزالىة ، آعظىم الوالءن.

٢٩ - مقىاس أسابىب المعاملة الوالءىة : اءءاء حسن مصطفى وىقىس عشر أسابىب
قطبىة للمعاملة الوالءىة آآمع بىن الاآاها الإبآابى والسلبى فى معاملة الأبناء

هى : الديمقراطية /الأوتوقراطية ، الاستقلال / الاعتمادية ، الحرص /الاهمال ،
القبول /الرفض ، التسامح / القسوة ، الواقعية / عدم الاتساق ، التحرر /
المحافظة ، تشجيع الانجاز / اعاقا الانجاز ، الحزم / الحماية والتكليل ، القدوة
الحننة / انعدام القدوة.

٣٠ - مقياس أساليب المعاملة الوالدية : الذى وضعه بيرس وزملاؤه وأسموه مقياس
"إمبو EMBU" باللغة السويدية وقام روس وزملاؤه Ross et al بتقنيته
والتأكد من صلاحيته باللغة الإنجليزية ، وقام محمد السيد عبد الرحمن ، ماهر
المغربى باقتباسه واعاده للعربية وقيس أربعة عشر بعدا منها أربعة أبعاد
للمعاملة الوالدية السوية هى : التسامح، التعاطف ، التوجيه للأفضل ، التشجيع،
وعشرة أبعاد للمعاملة غير السوية هى : الإيذاء الجسدى ، الحرمان ، القسوة ،
الاذلال ، الرفض ، الحماية الزائدة ، التدخل الزائد ، الإشعار بالذنب ، تفضيل
الأقوى ، التكليل.

٣١ - استبيان ضغوط أحداث الحياة : أعده كونستانس ل . هامان C.L Haman
بجامعة كاليفورنيا واقتبسه حسن مصطفى كأداة للتقييم السيكولوجى لمدى تأثير
أحداث الحياة فى الفرد ، وقام بتوسيع بنوده فأصبح فى صورته الأخيرة يتكون
من ١٠٠ بند تقيس ثمان مجالات للضغوط هى : ضغوط العمل والدراسة،
الناحية المالية ، الناحية الصحية ، المنزل والحياة الأسرية ، الزواج والعلاقة
بالجنس الآخر ، ضغوط الوالدين ، الأحداث الشخصية ، ضغوط الصداقة
والعلاقة بالآخرين.

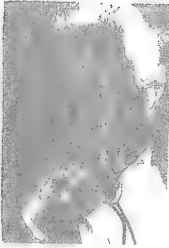
٣٢ - مقياس الضغوط الوالدية : أعده حسن مصطفى للكشف عن الضغوط التى
يعانى منها آباء الأطفال المتخلفين عقليا ، ويتكون من سبعة أبعاد هى :
ضغوط حمل وولادة الطفل ، ضغوط المشكلات النمائية والسلوكية للطفل ،
ضغوط علاج الطفل ، ضغوط تعليم الطفل ، ضغوط مستقبل الطفل ، الضغوط
الانفعالية والتوافق الأسرى ، الضغوط الإجتماعية للأسرة.

٣٣ - قائمة الضغوط النفسية للمعلمين Teacher Stress Inventory من اعداد فيميان ، وقد اقتبسها طلعت منصور ، فيولا البيلاوى .. ويتألف من ٤٩ بنداً أسفر التحليل العاملى لها عن وجود سبعة عوامل لهذه الضغوط هي: ضواغط (مقلقات) للعبء المهنى ، نقص الدافعية ، الضيق المهنى (الضيق بالمهنة) ، صعوبات إدارة الوقت ، المظاهر الانفعالية للضغوط ، المظاهر السلوكية للضغوط ، المظاهر الفسيولوجية للضغوط .. وعندما تم اجراء تحليل عاملى من الدرجة الثانية أسفر عن وجود عاملين يدوران حول : مصادر الضغوط النفسية ، ومظاهر الضغوط النفسية.

٣٤ - مقياس أساليب مواجهة ضغوط الحياة : اعداد حسن مصطفى ويهدف إلى الكشف عن الأساليب التى يتخذها الفرد لمواجهة المواقف الضاغطة.. وذلك من خلال سبعة أساليب هى : العمل من خلال الحدث ، الالتفات إلى اتجاهات وأنشطة أخرى ، التجنب والانكار ، طلب المساعدة الإجتماعية ، اللاحاح والاقترام، العلاقات الإجتماعية ، تنمية الكفاءة الذاتية.

٣٥ - مقياس عملية تحمل الضغوط Coping Process Scale اعداد لطفى عبد الباسط إبراهيم .. ويقيس أحد عشر عملية يستخدمها الانسان لتحمل الضغوط هى : السلبية ولوم الذات ، الانسحاب المعرفى ، البحث عن المعلومات ، اعادة التفسير ، التفكير الإيجابى ، التحول إلى الدين ، التنفيس الإنفعالى ، القبول ، التزيت الموجه ، الانكار ، المواجهة النشطة.

٣٦ - مقياس موضع الضبط : وقد وضع هذا المقياس جيمس ب كونيلى J.P. Connell (1985) لدراسة الضبط المدرك وقام حسن مصطفى بتعديله للاستخدام مع المراهقين والراشدين ويقيس ثلاثة مواضع للضبط وفقاً للطريقة التى يدرك بها الفرد مصدر التدعيمات هى : الضبط الداخلى ، الضبط الخارجى ، الضبط غير المعروف وذلك من خلال أربعة مجالات هى : المجال المعرفى ، والمجال الاجتماعى، المجال الجسمى، المجال العام.



إريك إريكسون

٣٧ - مقياس اريكسون لنمو الشخصية: أعدده في الأصل أوشاو بلوج Ocse, R & Plug, C (١٩٨٦) لدراسة مدى صدق نظرية اريكسون الخاصة بالنمو النفسي الإجتماعي للشخصية وقد اقتبسه حسن مصطفى للكشف عن أزمات النمو هي: مرحلة الثقة في مقابل عدم الثقة، مرحلة الاستقلال في مقابل الخجل والشك، مرحلة المبادأة في مقابل الاحساس بالذنب

مرحلة الاجتهاد في مقابل الاحساس بالنقص ، مرحلة الاحساس بالهوية في مقابل تشتت الهوية، مرحلة الألفة في مقابل الانعزال ، مرحلة الانتاج في مقابل الاحساس بالركود . ثم مقياس للمقبولية الاجتماعية.

٣٨ - مقابلة هوية الأنا : أعدها جيمس مارشيا Marcia . لتقدير مراتب الهوية في المراهقة المتأخرة لدراسة المرحلة الخامسة من نظرية اريكسون وتشتمل على خمس مجالات هي : الاختيار المهني ، المعتقدات الدينية ، المعتقدات السياسية، الاتجاه نحو الدور الجنسي ، العلاقات بالجنس الآخر . وبناء على درجة استكشاف البدائل المتاحة ، والالتزام نحوها يتم تقدير الهوية من احدى الرتب الأربعة التالية : تحقق الهوية ، توقف الهوية (التأجيل وتعليق الهوية) ، عاقبة الهوية (الانغلاق) ، تشتت الهوية.

٣٩ - المقياس الموضوعي لحالة الهوية : اعداد جيرالد آدمز Gerald Adams على أساس نظرية اريكسون وطبقا لمفاهيم مارشيا عن مراتب الهوية الأربعة (تحقق للهوية ، توقف أو تعليق الهوية ، عاقبة الهوية (الانغلاق) ، تشتت الهوية . وذلك من خلال جانبين هما : الجانب الأيديولوجي ، والجانب المتصل بالعلاقات بين الأشخاص .. ولقد قام حسن مصطفى (١٩٩٣) باقتباس المقياس

وطبقه فى البيئة السودانية ، وقام محمد السيد عبد الرحمن بتقنين معاييرها فى
البيئة المصرية (١٩٩٤)

٤٠ - مقياس المساندة الإجتماعية : أعده ساراسون ولى ين ، وباشام Sarason ،
Levine ، Basham & ونقله إلى العربية محمد محروس الشناوى ، سامى أبو
بيه يقيس بعدين هما: عدد الأشخاص المتاحين للمساندة (أى أقرب الأفراد فى
النسيج الإجتماعى للفرد) ، مدى الرضا عما يمكن لهؤلاء الأفراد أن يقدموه
من مساندة.

٤١ - مقياس التوجه نحو المساعدة : أعده باللغة العربية محمد السيد عبدالرحمن ،
محمد محروس الشناوى عن المقياس الذى أعده رومر ، جرودر ، ايزاندر و
Romer ، Gruder & Iezzadro ، ويقس أربعة أنواع للتوجه نحو مساعدة
الآخرين فى مواقف التفاعل بين الأفراد وبعضهم البعض وهى : الغيرية ،
وقبول الاعطاء ، والمساندة الداخلية ، والأنانية...

٤٢ - مقياس المهارات الإجتماعية : أعده فى البيئة الأمريكية رونالد ريجيو
Riggio وأعد صورته العربية محمد السيد عبدالرحمن ويتكون من ستة
مقاييس فرعية تقيس مهارات التواصل الإجتماعى فى مستويين هما المستوى
الانفعالى والمستوى الإجتماعى وهى : التعبير الانفعالى ، الحساسية الانفعالية ،
الضبط الانفعالى ، التعبير الاجتماعى ، الحساسية الإجتماعية ، الضبط
الإجتماعى.

الفصل التاسع

الاختبارات الاسقاطية

تعريف الاختبارات الاسقاطية :

الاختبار الاسقاطي Projective Test وسيلة غير مباشرة للكشف عن شخصية الفرد، ولمادة الاختبار من الخصائص المتميزة ما يجعلها مناسبة لأن ينقط عليها الفرد حاجاته ودوافعه ورغباته وتفسيراته الخاصة دون أن يفتن لما يقوم به من تزييف وجداني (غنيم، براده ١٩٧٥).

وقد ظهر لفظ " اسقاط " لأول مرة عند فرويد في مقال له عن عصاب القلق ١٨٩٤، فقد أوضح فرويد أن عصاب القلق يظهر عند الفرد حينما يعجز عن السيطرة على المثبرات، لذلك يسقط الفرد هذه المثبرات على العالم الخارجى . وبذلك يعتبر الاسقاط عند فرويد عملية دفاعية لاشعورية تتخلص بها الأنا من المشاعر النفسية غير المرغوب فيها بامسقاطها على الآخرين والعالم الخارجى مما ينتج عنه خفض حدة التوتر لدى الفرد.

وفي سنة ١٩٣٩ وصف لورنس فرانك (L. Frank) الاختبار الاسقاطي بوصفه وسيلة لدراسة الشخصية ، فالفرد حينما يستجيب لمثبرات غير متشكلة ومبهمة الى حد ما فإنه يستجيب للمعنى الذى يضيفه عليه المنبه بشكل من أشكال الفعل أو الوجدان الذى يعبر فعلا عن شخصيته لا ما قد سبق لتفاحص أن قرره تعسفيا.

ولا ينطبق تماما معنى الاسقاط فى الاختبارات الاسقاطية على معناه عند فرويد فهو لا يتضمن بالضرورة عمليات لاشعورية، فالاختبار الذى يتيح للفرد التعبير عن عالمه غالبا ما يؤدي الى أن يعبر الفرد بمادة شعورية عن الخبرات والميول للمعروفة للشخص .

كما أن الاستجابة في الاختبار الاسقاطي ليس من الضروري أن تكون عملية دفاعية لخفض حدة التوتر بل من المحتمل أن يؤدي غموض المثير وعملية تنظيم السلوك في المواقف الجديدة الى زيادة القلق لدى الفرد (غنيم، براده ١٩٧٥).

ان حركة الاسقاط بالرغم من ارتباطها الأولى بفلسفة التحليل النفسي ، قد استبانت بعد حين أهميتها وارتباطاتها النظرية بمدخل أوسع في تساؤل القضايا والدراسات النفسية التجريبية مثل الوظائف الحسية والنمو الادراكي ، هذا فضلا عن أهميتها لتحقيق فهم أشمل لنظريات الشخصية المعاصرة.

ولقد صادف ظهور الاختبارات الاسقاطية قيام مدرسة الجشطت ١٩١٢ بواسطة العالم الألماني ماكس فريمر Max Wertheimer وقد استهوت تجاربه في الادراك كلا من كوهلر Kohler وكوفكا Koffka اللذان قاما بتطوير ووضع قوانين في الادراك وغيره من المجالات ذات الصلة وتؤكد الجشطت أنه من الصعب فهم العمليات العقلية المعقدة بمحاولة تجزئتها الى مكونات أولية ، وأعطت اهتماما كبيرا الى وحدة الكائن الحي وذهبت الى أن ادراكاتنا انما هي ادراكات لكليات.

ان تأثير فلسفة الجشطت على نظريات الشخصية المعاصرة يمكن أن يرى بصورة واضحة في المحاولات اللاحقة لتقييم وفهم الشخصية بصورة كلية، وبشكل هذا الادراك الكلي للشخصية جزء أساسيا لنظريات ألبورت وماسلو، وكارل روجرز. (Hjelle & Ziegler 1976).

ويبدو أن الوسائل الاسقاطية قد تأثرت بهذا المفهوم الجشطلتي وذلك بمحاولة فهم شخصية الفرد فهما كلياً شاملا من خلال ادراكه الذاتي للمثيرات.

وعملية الادراك وهي الربط بين ما يحسه المرء وبعض خبراته الماضية تخضع لعوامل موضوعية وأخرى ذاتية ، وقد أولت الجشطت أهمية كبيرة للعوامل الموضوعية وصاغت قوانيننا لذلك ، لكنها أغفلت الى حد ما دور العوامل الذاتية

والتي تلعب دورا هاما فى عملية الاسقاط، وبما أن الإدراك يتطلب وجود الموضوع المدرك والذات المدركة فلا بد من اعتبار كلا العاملين الموضوعى والذاتى فى فهم عملية الإدراك.

فلا غرو اذن أن اتجهت الدراسات الحديثة الى دراسة تلك العوامل الذاتية وذلك بواسطة الوسائل الاسقاطية وغيرها لأجل فهم عمية الإدراك وبالتالي أهمية ذلك فى فهم الشخصية بصفة عامة . (غنيم، براده ١٩٧٥).

خصائص الاختبارات الاسقاطية:

ذكر غنيم وبرادة فى كتاب (الاختبارات الاسقاطية) خصائص عديدة للاختبارات الاسقاطية، ومن أهم تلك الخصائص:

- أ - الموقف المؤثر الذى يستجيب له الفرد غير متشكل نسبيا ونقص التحديد والانتظام مما يؤدى الى التقليل من التحكم الشعورى لمسلوك الفرد.
- ب - غالبا ما لا تكون لدى الفرد معرفة عن كيفية تقدير الاستجابات ودلالاتها ومن ثم فإن استجاباته لن تتأثر بالارادة الى حد بعيد.
- ج - يعطى الفرد حرية التعبير عن أفكاره ومشاعره وانفعالاته ورغباته دون أن تكون هناك اجابات صحيحة وأخرى خاطئة تحكم استجاباته.
- د - الاختبارات الاسقاطية لاتقيس نواحي جزئية أو وحدات مستقلة تتألف منها الشخصية بقدر ما تحاول رسم صورة دينامية كلية للشخصية.. وعلى هذا فالشخصية فى المفهوم الاسقاطى عملية تخضع باستمرار للتفاعل المتبادل بين الفرد بما لديه من حاجات واستعدادات ودوافع وبين البيئة المادية والاجتماعية التى يعيش فيها.

وعلى الرغم من تلك المميزات الكثيرة للاختبارات الاسقاطية ، فقد تعرضت هذه الاختبارات لكثير من النقد خاصة فى بداياتها الأولى لعدم التثبيت من منهجيتها من الناحية العلمية ، وكذلك ضعف درجتي الثبات والصدق لمثل هذه الاختبارات ،

وافترضها للموضوعية حيث لا يوجد معيار كمي للصواب والخطأ ، أو طريقة ثابتة لتصحيح الاختبار الاسقاطي.

والحقيقة أن هذا النقد يصدر في معظم الأحيان عن أولئك الذين لم يتلقوا التدريبات الكافية لاجراء مثل تلك الاختبارات (مليكة وآخرون ١٩٦٤ Dubey et al, 1981)، وكذلك من أولئك الذين لا يؤمنون بأهمية القياس النفسى بصفة عامة وبالاختبارات الاسقاطية بصفة خاصة.

فقد ثبت أن الاختبار الاسقاطى مثل الرورشاخ يمكن أن يعطى نتائج طبية شريطة أن يتم تطبيقه بواسطة خبير متمرس. (Kaplan & Saccuzzo 1982) كما وأن الاختبار الاسقاطى لا يخلو من الموضوعية كلية وبالتقدر الذى تسمح به طبيعة الاختبار.

فمعيار الصواب والخطأ وطريقة الأسئلة فى الاختبارات الموضوعية يمكن أن يقدّر انسياب الاستجابة بصورة صريحة وحقيقية وهو ذات السبب الذى وضعت من أجله الاختبارات الاسقاطية ، إذ أن الميزة الأساسية للاختبارات الاسقاطية هى أن الاستجابة فيها تخرج بصورة تلقائية وعفوية وبذلك تكون أكثر أصالة وأقرب الى وصف الحالة النفسية المطلوبة.

أنواع الطرق الاسقاطية:

أورد "غنيم وبرادة (١٩٧٥) تقسيم فرانك للوسائل الاسقاطية نوجزه فيما يلى

١ - الطرق التكوينية "Constitutive Method"

وتتطلب من المفحوص أن يضيف على المادة الغامضة نوعا من التكوين والتنظيم كما فى اختبار رورشاخ.

٢ - الطرق البنائية "Constructive Method"

تتطلب تنظيم مواد محددة الحجم كما فى اختبار تكوين القصص المصورة لشيدمان Shcidman.

٣ - الطرق التفسيرية "Interpretive Methods"

وفيها يعطى المفحوص تفسيراً لأشياء يجد فيها معنى شخصياً أو انفعالياً كما فى اختبار تفهم الموضوع "TAT" وتتطلب نشاطاً ذهنياً أكثر ضبطاً وأشدّ تعقيداً. ويعتمد تفسير الاستجابات على تحليل مضمونها.

٤ - الطرق التفرغية. "Cathartic Methods"

وهى تتيح للمفحوص التخلص من انفعالاته كما فى طريقة اللعب العلاجى، مثل الطريقة التى ابتدعها ليفى (Levy) فالمرضى يكشف عن متاعبه ويتخفف عنها عن طريق التفغيس

٥ - الطرق التحريفية "Refractive Methods"

وهى الطرق التى تعطى صورة عن الشخصية عن طريق التغيير الذى يحدثه المختبر فى أساليب الأفعال مثل استخدامه أساليب كلامية معينة.

وفيما يلى نتناول أربعة نماذج من أنواع الاختبارات الاسقاطية هى اختبار تداعى الكلمات ، واختبار تكلمة الجمل الناقصة، واختبار تفهم الموضوع للكبار، واختبار الرورشاخ.

١ - اختبارات تداعى الكلمات

استخدم كربلين وجالتون ويونج التداعى فى دراسة طبيعة السلوك الشاذ ودراسة العقد ومجالات الاضطراب الانفعالى عند الفرد : ولقد وضعت قوائم كلمات كثيرة ومتعددة لدراسة التداعى..

ولقد وضع ربابورت وجيل وشافر قائمة تتكون من ٦٠ كلمة تتصل بمجالات متعددة كالأسرة ، والنواحي الفنية ، والشرجية ، والعُدوان ، والدلالات الجنسية المتنوعة ، كما تمس فى نظرهم مجالات فكرية وألواناً من الصراع التى تظهر فى أنماط مختلفة من سوء التوافق - وفيما يلى قائمة ربابورت وجيل وشافر تقدمها لأهمية الدراسة التى قاموا بها ، وتحليلهم للنتائج التى توصلوا اليها.

قائمة ربابورت وجبل وشافر لتداعي الكلمات

١- عالم	٢١- جريمة	٤١- تاكسي
٢- حب	٢٢- جبل	٤٢- أم
٣- أب	٢٣- منزل	٤٣- منضدة
٤- قيمة	٢٤- ورقة	٤٤- لحم بقر
٥- صدر	٢٥- مثلى الجنسية	٤٥- حلمة
٦- مستأثر	٢٦- شعاع	٤٦- جنس
٧- جذع	٢٧- صديقة	٤٧- ماء
٨- شرب	٢٨- حاجز	٤٨- يرضع
٩- جماعة	٢٩- يستمنى	٤٩- حصان
١٠- حركة الأمعاء	٣٠- إطار	٥٠- نلر
١١- كتاب	٣١- رجل	٥١- مهبل
١٢- مصباح	٣٢- انتصاب	٥٢- مزرعة
١٣- سجادة	٣٣- خيالة	٥٣- اجتماعي
١٤- كرسي	٣٤- يقطع	٥٤- ابن
١٥- صديق	٣٥- يضحك	٥٥- ضرائب
١٦- قضيب	٣٦- يعرض	٥٦- طباق
١٧- مظلم	٣٧- امرأة	٥٧- مدينة
١٨- مكتب	٣٨- رقص	٥٨- معاشرة
١٩- ربيع	٣٩- كلب	٥٩- مستشفى
٢٠- كأس	٤٠- إطار	٦٠- دكتور

وتتقدم القائمة في العادة شفوياً ، كما يجرى الاختبار فردياً نظراً لما يتطلبه الأمر من قياس زمن الرجوع لكل كلمة ، وملاحظة حركات المفحوص وإشاراته ، وما قد يحدث من توقف أثناء إجراء الاختبار .

طريقة إجراء الاختبار :

يمر الإجراء بمرحلتين :

المرحلة الأولى : استجابة المفحوص للكلمات المثيرة :

وهذه المرحلة تبدأ عادة بالتعليمات الآتية :

"سأقرأ عليك قائمة من الكلمات كلمة كلمة.. والمطلوب هو أن تستجيب لكل منها بكلمة أخرى واحدة .. لايهمنا أية كلمة نقولها ، ولكن يجب أن تكون هي الكلمة الأولى التي ترد الى ذهنك بعد سماع الكلمة التي أقولها.. أحب أن تجيب بأسرع ما يمكنك لأننى سأحسب الزمن الذى تستغرقه فى الاستجابة .. وسوف أقول الكلمة مرة واحدة فقط ، ولن أعيدها ثانية."

وبعد أن ينتهى الفاحص من القاء التعليمات يبدأ فى ذكر الكلمة الأولى ، ويسجل الكلمة التى استجاب بها المفحوص ، وكذلك زمن الرجوع Reaction Time وأعطى به الزمن المنقضى بين وقت سماع المثير وإعطاء الاستجابة .. ويجب التأكد من أن المفحوص سمع الكلمة المثير جيداً ، والتأكد من الكلمة التى نطق بها المفحوص.

المرحلة الثانية : إعادة الإنتاج :

وبعد انتهاء المرحلة الأولى يقول الفاحص للمفحوص " ساعدك عليك نفس الكلمات والمطلوب أن تستجيب بنفس الكلمات التى استجبت بها أول مرة ، حاول أن تستجيب بسرعة ، وسوف أحسب الزمن الذى تستغرقه هذه المرة كذلك ثم يبدأ فى إعطاء الكلمة الأولى .

ويسجل الاستجابة الجديدة إذا كان ثمة اختلاف بينها وبين الاستجابة الأولى ، كما يسجل زمن الرجوع إذا زاد عن ثانييتين لمن يستجيب بسرعة غالباً ، ومن ٣-٤

ثوان لمن يستجيب ببطء ، ويعطى الاستدعاء علامة (+) إذا كان صحيحا، وعلامة (-) إذا كان خاطئا.

التقدير :

قدم ريبورت أنواع الاضطرابات التى تحدث للتداعى فى اجراء مثل هذا النوع من الاختبارات مثل :

- ١- التوقف : وعدم القدرة على اعطاء آية استجابة.
- ٢- التسمية : تسمية الأشياء الموجودة بغرفة الاختبار - مما يشير الى وجود حالة اعاقة أو رغبة فى التخلص من الموقف.
- ٣- التعريفات : اعطاء تعريف متعدد للكلمات.
- ٤- التكرار : لنفس الكلمة المثير.
- ٥- اعطاء صفات للكلمة المثير : " امرأة - جميلة " ، منضدة - خشب."
- ٦- الإشارة الى الذات : " ابنة - ابنتى."
- ٧- المداومة والاستمرار فى الاستجابة لنفس المثيرات التى بينها علاقة مثل "أب - شخص" ، " طفل - شخص" ، " أم - شخص."
- ٨- اعطاء الاستجابة المكونه من عدة كلمات : " اجتماعى - له شلة من الاصدقاء."
- ٩- الاستجابات التى لاتربطها رابطة بالمثير : " كتاب - فنزويلا ، ظلام - ساعة."
- ١٠- الاستجابات التى تخرج عن نطاق الاستجابات العادية : "جماعة - جنازة."

واختبار التداعى عند تطبيقه من الناحية الكلينيكية يزودنا بالكثير من المعلومات.. فالاستجابات الخاصة جداً، أو البعيدة عن المألوف قد تصبح فى ذاتها دليلا على أن الكلمة المثير قد مسّت نقطة حساسة فى فكر المفحوص مثال ذلك: "أب - طاغية" وقد تحدث الكلمة المثير اضطرابا فى التداعى يكشف عن أن الكلمة قد مسّت منطقة صراع عند الفرد ، كما تكشف فى الوقت نفسه عن طبيعة هذا الصراع القائم فى النفس : فعند الاستجابة لكلمة "روجة" بكلمة "شك" ، فإن هذه

الاستجابة تكشف ليس فقط عن وجود صراع لدى الفرد ، بل تكشف أيضا عن طبيعة هذا الصراع أو نوعه.

وقد كشفت مدرسة التحليل النفسى عن أن الأفكار التى ننذكرها ونستجيب بها انما تفهم فى ضوء انفعالات الفرد وعواطفه ووجداناته ورغباته واتجاهاته..
فعملية التداعى أو التذكر لاتحدث آليا ، بل تحدها وجدانات الفرد واتجاهاته وحالته النفسية .. وعلى هذا الأساس يمكن للنظر الى الاستجابة بأنها انعكاس لحالة الفرد النفسية واتجاهاته ورغباته.

الدلالات التشخيصية لاختبار التداعى :

توصل كل من ربابورت وجيل وشافر الى وضع الدلالات الاكلينيكية التى يمكن على أساسها تشخيص الحالات المرضية الكبرى من ذلك :

١- أن حالات الفصام تتميز استجاباتهم بالخصائص الآتية:

- كثرة ما يعطونه من استجابات بعيدة عن الكلمة " المثير " ، وهم يكشفون عن طريق هذه الاستجابات عن سلسلة مرضية من المكونات اللاشعورية لعملية تداعى الفكر عندهم.
- ميل واضح نحو إعطاء التداعى القائم على التشابه فى أوزان الكلمات ، وميل واضح لتكملة الجمل .. ويمكن اتخاذ هذه الاستجابات كأدلة على الهرب والاندفاع غير المعقول.
- كثرة الاستجابات المتعددة للكلمات ، وكثرة التوقف (فى صورة الفشل فى اعطاء استجابة ، أو تكرار الكلمة المثير).
- التنوع الكبير فى أزمنة الرجوع : فبعضها طويل ، وذلك على عكس ما يميلون اليه من الاستجابة السريعة العامة.
- عند اعادة الانتاج تنحرف استجابات الفصامين بشكل ظاهر وخطير، أكثر من العصائيين والعاديين.

٢- **الاكتئاب** : يتميز الاكتئابيون ببطء الاستجابة ، وتجميع كل أنواع الاستجابات القريبة خصوصا التعريفات .. ويتميزون بكثرة ما يعطونه من استجابات قريبة من المثير ، أو بعيدة عنه وبصور التوقف المختلفة.

٣. **العصابيون** :

- تتميز حالات **الهستريا** : بكثرة التوقف خصوصا بالنسبة للكلمات ذات الدلالة الجنسية ، كما تتميز بعدم الاستجابة أحيانا ، وباعطاء تعريفات .. واعادة الانتاج عندهم من النوع المنتظم ، كما أن زمن الرجوع لا يتأثر كثيرا.
- حالات **الوساوس والعصاب القهري** : تتميز بكثرة ماتعطيه من صور بصرية للاستجابات .. ومع ذلك فهي لاكتشف عن الاضطرابات الكثيرة التي تكشف عنها حالات الفصام.

٢ - اختبار تكلمة الجمل الناقصة

يرفض بعض الاكلينيكيين اعتبار اختبار تكلمة الجمل Sentence Completion Test اختبارا اسقاطيا ، ومع ذلك : ففيه جميع مقومات الاختبار الاسقاطي فطبيعة الاختبار مبهمه وغامضة وناقصة التكوين الى حد ما ، ويتطلب من المفحوص أن يعطيه معنى محددا واضحا ، كما أن المفحوص لا يستطيع أن يدرك بوضوح المغزى الذي يكمن وراء الاجابات ، ولا يمكنه أن يعرف ما إذا كانت اجابته جيدة أو غير جيدة.

ولقد قدم " جوزيف ساكس ، وليفي" الدليل على أن اختبار تكلمة الجمل الناقصة اختبارا اسقاطيا ، وذلك بتجربة بسيطة ، فقد طلبا من عشرة أشخاص تكلمة العبارة الآتية بسرعة ، وبدون تفكير في محتواها وهي:

"الطريقة التي عامل بها والدي والذتي تجعلني أحس . "

وقد حصل الباحثان على الاستجابات الآتية:

١- بالسعادة التامة.

٢- بعدم الاكتراث الى حد ما.

- ٣- بالرغبة فى قتله.
- ٤- بالمسير على منواله.
- ٥- بأنّها طريقة طيبة.
- ٦- بالثورة والتمرد.
- ٧- بأنّها طريقة لاضير فيها.
- ٨- بالفزع.
- ٩- بأنه طفل صغير.
- ١٠- بالرغبة فى الهرب من البيت.

وهكذا : فقد حصل الباحثان على عشرة اجابات فريدة فى نوعها رداً على عبارة واحدة فقط سواء فى الشكل أو المحتوى.

من هذا المنطلق أخرج جوزيف ساكس اختباراً لتكملة الجمل الناقصة أصبح من الاختبارات التى تستخدم فى المجالات الاكلينيكية استخداماً واسعاً نظراً لأهميته فى التشخيص الاكلينيكى..

محتوى الاختبار:

يهدف اختبار ساكس الى دراسة مجالات أربعة من مجالات التوافق هى : الأسرة، الجنس، العلاقات الانسانية المتبادلة، فكرة المرء عن نفسه .. وقد لاحظ ساكس أن عبارات الاختبار تتيح للفرد فرصاً كافية للتعبير عن اتجاهاته وبشكل يسمح للسلوكى أن يستدل منها على اتجاهات الشخصية السائدة ، وتقيده فى الكشف عن الحالات المرضية وتعطى للأخصائى الاكلينيكى أدلة هامة عن محتوى اتجاهات المريض ومشاعره ...

* المجال الأول : مجال الأسرة : ويتضمن ثلاثة مجموعات من الاتجاهات:

الاتجاه نحو الأم.

الاتجاه نحو الأب.

الاتجاه نحو وحدة الأسرة.

وكل اتجاه من هذه الاتجاهات يعبر عنه بأربع عبارات تسمح للفرد أن يكشف عن اتجاهاته نحو والديه كأفراد ، ونحو أسرته ككل.. وتصبح عبارات المجال الأول (١٢) عبارة منها : "أنا وأُمى..." أود لو أن والدى ... " ، "معظم الأسر التي أعرفها ..."

* المجال الثاني : مجال الجنس : ويبحث الاتجاهات نحو النساء والعلاقات الجنسية الغيرية والعبارات التي تتصل بهذا المجال ثمانية تسمح للفرد أن يعبر عن:

- اتجاهه نحو النساء كأفراد فى المجتمع.

- اتجاهه نحو الزواج والعلاقات الجنسية ذاتها.

من ذلك مثلا : "عندما أشاهد رجلا وامرأة معا ... "حياتى الجنسية..."

* المجال الثالث : مجال العلاقات الانسانية المتبادلة ، ويتضمن:

- الاتجاه نحو الأصدقاء والمعارف.

- الاتجاه نحو زملاء العمل أو المدرسة.

- الاتجاه نحو رؤساء العمل أو المدرسة.

- الاتجاه نحو المرء وسين.

ويكشف عن كل اتجاه من هذه الاتجاهات أربع عبارات تسمح للفرد أن يعبر عن مشاعره نحو الآخرين خارج نطاق الأسرة ، وأن يعبر عن رأيه فى شعور الآخرين نحوه من ذلك مثلا : " عندما أرى رئيسى قادما ... " ، "هؤلاء الذين أعمل معهم..."

* أما المجال الأخير : فيتصل بفكرة المرء نفسه : ويتضمن النواحي الآتية:

- المخاوف.

- الشعور بالذنب

- الأهداف.

- فكرة المرء عما لديه من قدرات.

- فكرة المرء عن الماضى .

- فكرة المرء عن المستقبل.

والاتجاهات التي يعبر عنها هذا المجال تعطى السيكولوجى صورة عن فكرة المرء عن نفسه على نحو ما هى عليه الآن ، وما كانت عليه فى الماضى ، وما ينبغى أن تكون عليه فى المستقبل .. ومجموع عبارات هذا المجال ٢٤ عبارة منها : ' معظم أصدقائى لا يعرفون أنى أخاف من ... ' "أكبر غلطة إرتكبتها كانت ... " "أعتقد أن عندى القدرة على ... " ؛ "عندما كنت طفلا كانت أسرتى ... " ، "الشيء الذى أطمح إليه سرا . . . " .

وبذلك : يتألف الاختبار من ٦٠ عبارة ناقصة تغطى ١٥ اتجاها : وقد كون ساكس اختباره بأن جمع عددا كبيرا من العبارات التى تتصل بهذه الاتجاهات المختلفة ، وطلب من ٢٠ سيكولوجى إكلينيكى أن يختاروا من كل مجموعة منها العبارات الأربعة التى تتفق أكثر والاتجاه المعين وقد اختيرت العبارات التى كان لها أكبر تكرار ..

تعليمات الاختبار :

وضع ساكس التعليمات الآتية لاختباره:

"فيما يلى ستون جملة ناقصة .. اقرأ كل واحدة منها وأكملها بكتابة أول شيء يرد الى ذهنك .. اعمل بأسرع ما يمكنك ، اذا لم تتمكن من تكملة جملة ما ، فضع دائرة حول الرقم المقابل لها وانتقل الى الجملة التى تليها ثم عد اليها لاكمالها فيما بعد" ..

وعندما يبدأ المفحوص فى الاجابة يسجل الفاحص زمن الابتداء فى المكان المخصص له ، وعند الانتهاء يسجل أيضا زمن الانتهاء .. واذا سمحت الظروف للفاحص ، ومن الممكن أن يقوم بعملية تحقيق فيختار العبارات التى تبدو له خاصة أو غريبة ، ويطلب من المفحوص أن يوضحها .. وفى الحالات التى يشعر فيها المفحوص بالقلق ، يمكن اجراء الاختبار شفويا وتسجل الاجابات ..

تقدير الاستجابات:

وضعت بطاقة التقدير بحيث تضم مع العبارات التي تتصل بكل اتجاه
فمثلا: العبارات التي تدرس الاتجاه نحو الاب تجمع معا وهى:

١- أشعر أن والدى قليلا ما يحبنى.

١٦- بوى لو أن أبى قام بمجرد عمل واحد طيب.

٣١- أود لو أن والدى قد مات.

٤٦- أشعر أن أبى ليس طيبا.

ومن خلال تكملة الجمل بالصورة السابقة يمكن أن يتضح للأخصائى
الكلينيكى أن المفحوص يعبر عن عدوان زائد واحتقار للأب ، مع رغبة صريحة
فى موته..

وعندما يريد الاخصائى الكلينيكى أن يقرر الاستجابات بطريقة كمية يمكن أن
توضع الدرجات وفقا لدرجة اضطراب الاستجابة على النحو التالى:

- درجتان : لحالة الاضطراب الشديد الذى يحتاج لمساعدة علاجية لعلاج
الصراعات الانفعالية المتصلة بهذا المجال.

- درجة واحدة : للاضطراب المعتدل أى لمن لديه صراعا انفعاليا متصلا
بمجال ما ، ولكن يبدو أن الفرد قادر على مواجهته بنفسه دون حاجة الى مساعدة
معالج.

- صفر : حيث لا يوجد اضطراب انفعالى له دلالة ملحوظة فى هذا المجال

- X غير معروفة لعدم كفاية الأدلة.

اختبار ساكس لتكملة الجمل

إعداد جوزيف. ساكس، ونقله إلى اللغة العربية

الدكتور أحمد عبد العزيز سلامة

بيانات شخصية.....

الاسم..... تاريخ الميلاد.....

الجنس..... التاريخ.....

المرحلة الدراسية..... الجهة المحولة.....

ساعة	دقيقة	
.....	زمن الابتداء
.....	زمن الانتهاء
.....	مدة الاختبار

التعليمات

فيما يلي ستون جملة ناقصة : اقرأ كل واحدة منها وأكملها بكتابة أول ما يرد إلى ذهنك، اعمل بأسرع ما تستطيع. إذا لم تتمكن من إكمال جملة ما، فارسم دائرة حول رقمها ثم عد إليها لإكمالها فيما بعد :

- ١- أشعر أن والدي قليلا ما
- ٢- عندما لا تكون الظروف في جانبي
- ٣- لقد كنتُ أبغى دائما أن
- ٤- لو أنني كنتُ المسئول الأول
- ٥- يبدو لي المستقبل

- ٦- الناس الذين هم أعلى مني
- ٧- أنا أعلم أنها حماقة، ولكنني أخاف من
- ٨- أشعر بأن الصديق الحق
- ٩- عندما كنتُ طفلاً
- ١٠- فكرتني عن المرأة الكاملة
- ١١- عندما أشاهد رجلاً وامرأة معا
- ١٢- أسرّتي إذا قورنت بمعظم الأسر الأخرى
- ١٣- في عملي أنا أكثر انسجاماً مع
- ١٤- أُمي
- ١٥- أنا على استعداد لأن أقوم بأي شيء ينسيني ذلك الوقت الذي
- ١٦- بودي لو أن أبي قام بمجرد
- ١٧- أعتقد أن عندي القدرة على
- ١٨- سأكون في سعادة تامة إذا
- ١٩- لو أن الناس عملوا من أجلي
- ٢٠- إنني أتطلع إلى
- ٢١- في المدرسة، المدرسون الذين يدرسون لي
- ٢٢- أكثر أصدقائي لا يعملون أنني أخاف من
- ٢٣- أنا لا أحب الناس الذين
- ٢٤- فيما قبل الحرب كنتُ
- ٢٥- أظن أن معظم البنات
- ٢٦- شعوري نحو الحياة للزوجة أنها
- ٢٧- أسرّتي تعاملني كما لو
- ٢٨- إن هؤلاء الذين أشتغل معهم
- ٢٩- أنا وأُمي
- ٣٠- كانت أكبر غلطة ارتكبتها

- ٣١- أود لو أن والدي
- ٣٢- أكبر نقطة ضعف عندي
- ٣٣- الشيء الذي أطمح إليه مرأ
- ٣٤- الناس الذين يعملون من أجلي
- ٣٥- فى يوم من الأيام أنا
- ٣٦- عندما أرى رئيسي قادما
- ٣٧- بودي لو تخلصت من الخوف من
- ٣٨- الناس الذين أحبهم أكثر من غيرهم
- ٣٩- لو أني عدتُ صغيرا كما كنت
- ٤٠- أعتقد أن معظم النساء
- ٤١- لو كانت لي علاقات جنسية
- ٤٢- معظم الأسر التي أعرفها
- ٤٣- أحب أن أشتغل مع الناس الذين
- ٤٤- أظن أن معظم الأمهات
- ٤٥- حينما كنتُ صغيرا، كنتُ أحس بالذنب نحو
- ٤٦- أشعر أن والدي
- ٤٧- عندما يكون الحظ ضدي
- ٤٨- عند إصدار الأوامر للغير، أنا
- ٤٩- إن كثر ما أبتغيه من الحياة
- ٥٠- عندما نتقدم بي السن
- ٥١- الناس الذين أعدهم أعلى مني
- ٥٢- تضطرنى مخاوفي أحيانا إلى أن
- ٥٣- عندما لا أكون بين أصدقائي، هم
- ٥٤- أوضح ذكرياتي عن أيام الطفولة
- ٥٥- آخر ما أحبه فى النساء

-٥٦- حياتي الجنسية
-٥٧- عندما كنتُ طفلاً، أسرّي
-٥٨- الناس الذين يشتغلون معي، عادة
-٥٩- أنا أحب أُمّي، لكن
-٦٠- أسوأ ما فعلت في حياتي

النتقرير النهائي :

٣- اختبار تفهم الموضوع

الهدف:

اختبار تفهم الموضوع وسيلة توضح للسيكولوجى الخبير بعض مشاعر الفرد وانفعالاته وأحاسيسه، وما يعتمل فى نفسه من ميول وحاجات ورغبات، وصراعات.. ومن المميزات القيمة للاختبار كشفه للميول المكتوبة الخفية التى لا يرغب المفحوص أو المريض فى الاعتراف بها اراديا ، أو لايمكنه الاعتراف بها لعدم شعوره بها.

الفائدة:

اختبار تفهم الموضوع مفيد فى أية دراسة شاملة عن الشخصية، وفى تفسير الاضطرابات السلوكية والأمراض العصابية والذهانية والبيكوسوماتية ، كما أنه مفيد فى تفسير ما يعتمل فى نفس المفحوص من مشاعر وانفعالات ودوافع ونزعات مكتوبة وألوان الصراع المختلفة..

الأساس النظرى:

الاجراء المتبع فى اختبار تفهم الموضوع هو تقديم مجموعة من الصور الى المفحوص ، وحثه على أن يؤلف عنها قصصا ارتجالية .. والقصص التى تجمع بهذه الطريقة غالبا ما توضح متضمنات ذات دلالة عن الشخصية .. وتعتمد هذه الحقيقة على اتجاهين سيكولوجيين سائدين:

- الأول : هو ميل الناس لتفسير المواقف الاتمسائية الغامضة بما يتفق وخبراتهم الماضية، ورغباتهم الحاضرة، وآمالهم المستقبلية.

- والثانى : هو نزعة المفحوصين الى أن يفتروا بطريقة شعورية أو لاشعورية من ذخيرة تجاربهم وخبراتهم الشخصية، ويعبرن عن عواطفهم وحاجاتهم ، وما يدور فى نفوسهم من مشاعر ورغبات.

ولما كان الاختبار يقدم للمفحوص باعتباره اختبارا للتخيل لذا فانه ينكب على هذه المهمة بحيث ينسى ذاته الحسنة وضرورة الدفاع عنها ضد محاولة

الفاحص سبر غوره، ويبدأ فى ذكر حقائق عن شخصيات القصة تتطابق تماماً مع شخصيته، وهى حقائق يابى الاعتراف بها استجابة لسؤال مباشر .. وينتهى المفحوص عادة من اجراء الاختبار وهو سعيد، غير عالم أنه قدم للسلوكى صورة عن ذاته الداخلية تشابه الصورة الملتقطة بأشعة اكس.



هنرى موراي

مادة الاختبار:

ابتدع هنرى موراي H. Murray وزميلته مورجان Morgan هذا الاختبار سنة ١٩٣٥، ونشر موراي نتائج البحوث التى أجريت عليه بالعبادة النفسية فى جامعة هارفارد وذلك فى كتابه "استكشافات فى الشخصية" Explorations in Personality

ومنذ ذلك الوقت والاختبار يستخدم على نطاق واسع فى أعمال العيادات النفسية فى أمريكا وأوروبا وغيرها من البلدان...

ويتألف الاختبار من ثلاثين لوحة تشتمل كل واحدة على منظر به شخص أو جملة أشخاص فى مواقف غير محددة المعالم بحيث تسمح بأدراكها على أنحاء مختلفة، وبينها لوحة بيضاء ناصعة (دون رسم) .. ومن بين اللوحات الثلاثين يتكون جهاز من مجموعة صور تقدم للمفحوص حيث أن:

- هناك صور خاصة بجميع الذكور وتحمل الرمز BM أو (ص ر)
- وبعضها الآخر خاص بالذكور فيما فوق ١٤ سنة وتحمل الرمز M أو (ر)
- وبعضها خاص بالذكور تحت ١٤ سنة وتحمل الرمز B أو (ص)
- وهناك لوحات خاصة بجميع الاناث وتحمل الرمز GF أو (ب ن)
- وهناك لوحات خاصة بالاناث فوق ١٤ سنة وتحمل الرمز F أو (ن)
- وهناك لوحات خاصة بالاناث تحت ١٤ سنة وتحمل الرمز G أو (ب)
- وتوجد لوحات للجنسين لاتحمل أى رموز.

- وتوجد لوحات للذكور والاناث فوق ١٤ سنة وتحمل الرمز MF (ر.ن)



البطاقة (١٢) ن

وبذلك فأى مفحوص من الرجال والنساء يطبق عليه عشرين بطاقة ويرى "مخير" عدم ضرورة الالتزام بهذه التحديدات فكثيرا ما يتوحد الرجال ببطالات القصص، وتتوحد النساء بأبطال القصص، فليست العبرة في الذكورة والانوثة بالأماس التشريحي، بل لغلبة السادية أو المازوكية (المازوشية)...

اجراء الاختبار :

يستغرق اجراء الاختبار جلستين في العادة يعطى للمفحوص في كل منهما عشر صور.. وقد لوحظ أن المفحوص لو أعطى العشرين صورة في جلسة واحدة لأدى ذلك الى التعب، وإلى اقتضاب الحكايات وتفاهة محتوياتها، خصوصا اذا عرفنا أن كل قصة تستغرق في المتوسط حوالي (٥) دقائق وقد وجد أن بعض الأشخاص قد يحتاج الى أكثر من خمس دقائق، ويحسن في مثل هذه الأحوال عدم مقاطعته، بل يحسن أن ندعه يتم قصصه، حتى ولو أدى ذلك الى اتمام الاختبار في ثلاث أو أربع جلسات.

تعليمات الاختبار:

تختلف التعليمات التي تلقى في الجلسة الأولى عن تلك التي تلقى في
الجلسة الثانية ...

- الجلسة الأولى : يقول الفاحص للمفحوص:

"سأعرض عليك بعض الصور واحدة واحدة ، وعليك أن تكون حكاية حول
كل منها، تبين فيها الأمور التي أدت الى الحالة التي تبدو في الصورة، وتصف ما
يقع فيها، وماذا يشعر به الأشخاص الذين تراهم، وماذا يفكرون فيه، ثم قل لى كيف
تختم القصة.. اذكر الأفكار التي تخطر لك كما هي فاهم؟ عندك خمسون دقيقة
لعشر صور، يمكنك أن تأخذ خمس دقائق لكل صورة وهذه هي الصورة الأولى."

- الجلسة الثانية : يقول الفاحص للمفحوص:

"ان ما نطلبه اليوم هو نفس ما طلبناه في الجلسة السابقة - فقط يمكنك أن تدع
الحرية لخيالك - لقد كانت حكاياتك العشرة السابقة رائعة ، ولكنها كانت تتصل تماما
بوقائع الحياة الجارية.. كل ما أريده اليوم هو معرفة ماذا يمكنك عمله اذا أطلقت لخيالك
العنان وتحررت الى حد ما من وقائع الحياة الجارية.. وهذه هي البطاقة الأولى..."



جلسة تطبيق اختبار تفهم الموضوع

٠ تعليمات البطاقة البيضاء : يقول الفاحص للمفحوص:

"النظر ماذا يمكنك أن تتصوره على هذه البطاقة البيضاء - تصور صورة ما على هذه البطاقة ، ثم صفها لنا بالتفصيل" . وإذا عجز المفحوص فمن الممكن أن نقول له : " طيب أفل عينيك وتخيل آية صورة" .. وبعد أن يصف لنا ما أمكنه تخيله يطلب الفاحص منه أن يكون حكاية من هذه الصورة التى تخيلها. "

ويجب أن يراعى الفاحص عند اجراء الاختبار عدة أمور:

- ١- لابد من توفر عنصر الصداقة بين الفاحص والمفحوص : فجنس الفاحص، وسنه، وطريقة معاملته ، وشخصيته كل ذلك يعمل على توفير حرية تخيل المفحوص وحيويته فى أداء الاختبار.
- ٢- يجب أن يقوم الفاحص بتعديل تعليمات الاجراء فى كل جلسة حتى تتلاءم وعمر المفحوص، ومستوى تعليمه ومستوى ذكائه..
- ٣- عند تحديد موعد الجلسة الثانية يجب ألا يخبر الفاحص المفحوص بما سوف يطلب منه فى الجلسة المقبلة حتى لا تعطيه الفرصة لاعداد حكايات قد يسترجعها مما قرأ من روايات أو ما رأى من أفلام..

تفسير الاختبار:

أشار موراي الى أن تفسير الاختبار يتطلب الدقة والخبرة .. فكلما زادت خبرة الفاحص بالاختبار وحسن اعداده من الناحية النفسية والمامة بمبادئ التحليل النفسى وبالأمراض النفسية والعقلية كان أقدر على القيام بعملية التفسير .

وهناك طريقتان فى تفسير اختبار تفهم الموضوع.

الأولى : طريقة الكمية

وفيها تهتم طريقة موراي الكمية بتحليل محتوى القصة بالمكونات الآتية:

أ- البطل الرئيسى الذى يتقمص الفرد شخصيته:

وهو الشخصية التى تحظى بمعظم الحديث عنها فى القصة، والتى يصف

المفحوص احساساتها ومشاعرها، أو الشخصية التى يرى الفرد نفسه فيها

ويتقمصها .. ولذا : فهو على وجه العموم : شخصية تشبه شخصية المفحوص،
وتتفق صورته الى حد بعيد مع صورة المفحوص.

ومن الملاحظ : أن المفحوص يتقمص أبطالاً من نفس جنسه وسنه ..
وأحياناً نجد المفحوص يتقمص أبطالاً من الجنس الآخر كأن يتقمص الذكور من
المفحوصين أبطالاً من الاناث في الصورة، وقد يتخذ من ذلك دلالة على جنسية
مثلية كامنة لدى المفحوص..

ب - الحاجات الرئيسية للبطل:

حيث يشرع الباحث في الوقوف على الدوافع المحركة للبطل، ومعرفة
مشاعره وأفكاره ونزعاته.. ويضع الباحث درجة من خمسة لكل حاجة من
الحاجات حسب درجة شدتها أو حدتها أو إلحاحها .وقد صنف موراى نظريته في
الحاجات الى عشرين حاجة ظاهرة، وثمان حاجات كامنة .. وهذه الحاجات هي:

١ - الحاجة للسيطرة Need of Dominance

أن يتحكم البطل في بيئته، أن يؤثر في سلوك الآخرين أو يديره عن طريق
الايحاء أو الاغراء أو الاقتناع أو الأمر.. أن ينصح الآخرين بالعدول عن القيام
بسلوك معين أو يقيد حريتهم أو يحظر نشاطهم،.. أن يستميل آخرون على أن
يسلكوا في الاتجاه الذى يتفق مع آرائه ومشاعره وحاجاته.. أن يؤثر في الآخرين
لتعاون معه، أن يقنعهم على العدول عن آرائهم وفقاً لرأيه الشخصى.

٢ - الحاجة للانقياد N. of Deference

الاعجاب بالآخرين دوى المنزلة الرفيعة أو مجدهم أو يفخر بهم أو يمتدحهم
.. أن ينتج البطل بلهفة متأثراً بالآخرين، أو يحاكى نموذجاً سابقاً أو يعمل متبعاً
العادات والتقاليد ، والاذعان فى حماسه لتأثير شخص آخر حليف، والافتداء به.

٣ - الحاجة للاستقلال N. of Autonomy

الحصول على الحرية وللتنخلص من القيود، أن يخرج البطل من السجن أو
يفك أسره، أن يقاوم الاجبار والتقييد، أن يتجنب أو يتحرر من الأنشطة التى

تفرضها السلطات المستبدة ، أن يكون مستقلا في أن يسلك طبقا لرغباته، وأن يكون غير متصل بسلطة أعلى وغير مسئول تجاهها، وأن تكون تصرفاته غير مشروطة ، ويستطيع تحدى تقاليد معينة.

٤- الحاجة للعدوان N.of Aggression

أن يتغلب البطل على المعارضين بقوة وفاعلية، أن يحارب ، أن ينتقم من الظلم ، أن يعتدى أو يظلم أو يقتل آخرين، أن يضاد الآخرين بقوة أو يعاقبهم.

٥- الحاجة للاذعان N. of Abasement

أن يخضع البطل سلبيا لقوة خارجية ، أن يتقبل الظلم أو اللوم أو النقد أو العقاب .. أن يسلم أو يخضع لقوة قاهرة، وأن يصبح مستسلما لقدر ، أو يعجب بمركب النقص أو الخطأ أو عمل الخطأ، أو الاحساس بالهزيمة ، أو يلوم البطل نفسه أو يصغر من ذاته، أن يبحث عن الألم ويستمتع بالعقاب والاعتلال وسوء الحظ.

٦- الحاجة للانجاز N. of achievement

أن ينجز البطل شيئا صعبا ، وأن يعمل شيئا هاما بمثابة وإصرار ونشاط، ويجاهد لكي يكمل شيئا ما جدير بالاكبار ، وأن يحصل منه على الرفعة أو أن يبتكر شيئا ما، ويكون ذا طموح ظاهر في الأداء .. وأن يتغلب على المعوقات ويبقى في مستوى عالي ، ويتفوق البطل على نفسه وينافس الآخرين ويتفوق عليهم..

٧- الحاجة للجنس N. of Sex

البحث والاستمتاع بمصاحبة الجنس الآخر، الوقوع في الحب ، الزواج، إقامة علاقة جنسية.

٨- الحاجة للاستعراض N. of Exhibition

أحداث انطباعات خاصة ، أن يكون البطل مسموعا ومرئيا ، أن يثير الآخرين أو يستثير اعجابهم أو يبهزهم أو يبهجهم أو يسلمهم و يستميلهم أو يغويهم.

٩- الحاجة للعب N. of Play

العمل بقصد اللهو ودون هدف أبعد، حب الضحك والتكيت، البحث عن التخفف الممتع من العناء، المشاركة في الألعاب والرياضات والرقص، وحفلات الشراب ولعب الورق.

١٠- الحاجة للانتماء N. of Affiliation

شعور البطل بأنه فرد من مجموع تربطه بهم مصالح مشتركة تدفعه الى أن يأخذ ويعطى، والى أن يتلمس منهم الحماية والمساعدة ويتخذ الصور التالية:
- الزمالة المترابطة : بأن يكون لدى البطل صديق أو أكثر من الأصدقاء أو مصاحبة الخلطاء ، وأن يكون عضواً في جماعة متجانسة روحاً وطبعاً.
- الانتساب الانفعالي والعاطفي : كوجود شخص حنون مخلص للبطل كالأقارب والأحبة، أو يكون للبطل علاقات حب متبادل مع حبيب أو الزواج منه.

١١- الحاجة للنبت N. of Rejection

أن يعزل البطل نفسه عن الموضوع المشحون سلبياً ، استبعاد أو اهمال أو طرد أو عدم الاكتراث بموضوع خفيض ، صد موضوع أو الاعراض عنه.

١٢- الحاجة لحب الذات N. of Narcism

الاكتثار من التكبير في وجهة نظر الناس عنه أو الانطباع الذي يتركه فيهم، استغراق البطل في شئونه الخاصة ، أن يبحث عن الاعجاب من الناس والزهو بالذات وبالانجازات الشخصية، التباهي بالمظهر الشخصي والأفكار والخبرات.

١٣- الحاجة الى تلقي العون N. of Succorance

أن يبحث البطل عن المساعدة أو المواماة ، وأن يسأل أو يعتمد على انسان آخر لتشجيعه، الشعور بالوحدة اذا كان في عزلة ، الشوق الى الوطن في مكان غريب، طلب المساعدة في أزمة.

١٤- الحاجة الى العطف على الآخرين N. of Nurturance

التعاطف مع موضوع عاجز وارضاء حاجاته : طفل أو أى شخص ضعيف أو متعب أو غير قادر أو تنقصه الخبرة، أو عاجز أو مهزوم أو محتقر أو وحيد أو مهموم أو مريض أو مضطرب العقل ومساعدة شخص واقع فى خطر، والتغذية والمساعدة والعون والمواساة، والحماية والتيسير والتمريض والإبراء.

١٥- الحاجة الى تجنب اللوم N. of Blamavoidance

الابتعاد عن المواقف التى تثير الآخرين ضد البطل أو تسأئبهم له، وعدم الوقوف موقف المذنب.. ويبدو فى الشعور بالقلق ازاء النقد أو اللوم أو الاستنكار والاستهجان من قبل الآخرين، البعد عن المواقف التى تشعره بالخزى ، ووضع اعتبار للآخرين عند اتخاذ قرار معين.

١٦- الحاجة الى تجنب المذلة N. of Infavoidance

الابتعاد عن المواقف المحرجة أو تجنب الظروف التى قد تؤدى الى التصغير أو الازدراء أو السخرية أو عدم المبالاة من جانب الآخرين، الكف عن العمل بسبب الخوف من الفشل.

١٧- الحاجة للدفاعية N. of Defendance

الدفاع عن الذات فى مواجهة الإهانة والنقد والتأنيب ، اخفاء أو تبرير الاساءة أو الفشل أو الذلة ، تدعيم الأنا.

١٨- الحاجة للمضادة N. of Counteraction

السيطرة عل الفشل أو مواجهته بالنضال من جديد ، إزالة آثار الإذلال بالعمل المستمر ، التغلب على الضعف وكبت الخوف ، إزالة أثر الخزى بالعمل ، البحث عن العقبات والصعوبات لتذليلها، الاحتفاظ بالكبرياء واحترام الذات فى مستوى رفيع.

٢٩- الحاجة الى تجنب الأذى N. of Harmavoidance :

تجنب الألم والأذى الجسمي ، والموت والمرض، الهرب من موقف الخطر، اتخاذ إجراءات وقائية.

٣٠- الحاجة للنظام N. of Order

وضع الأشياء فى نظام ، تحقيق النظافة والترتيب والتنظيم والتوازن والدقة والالتقان والاحكام.

٣١- الحاجة للفهم N. of Understanding

توجيه البطل أسئلة عامة أو الاجابة عنها، الاهتمام بالنظرية والتأمل، الصياغة والتحليل والتعميم... وحاجة الفرد الى الكشف عن المجهول وتوضيح الغموض.

٣٢- الحاجة للملكية:

وتتمثل فى حاجة المرء الى الاستحواذ على شىء معين وعدم مشاركة الآخرين له فيه أو شراء شىء ما.

٣٣- الحاجة الى السلبية واللامبالاة N. of Passiveness

الاستمتاع بالهدوء والاسترخاء والنوم، أو الشعور بالإنهاك والكسل، والحاجة للراحة بعد مجهود قليل جدا ، والاحساس بالقصور الذاتى.

٣٤- الحاجة للاحساس N. of Sentience

البحث والاستمتاع بالانطباعات الحسية والتأمل الذاتى، ابداء الملاحظات وخصوصية الخيال والاهتمام بالأدب والاستمتاع بالجمال الفنى.

٣٥- الحاجة للأمن N. of Safty

تحرر البطل من الخوف مهما كانت مصادره ، وشعوره بأنه قادر على اقامة علاقات مشبعة ومتزنة دون مخاوف.

ج - العوامل الانفعالية والوجدانية : وتتضمن:

١ - الميول العدوانية:

وتتضح فيما يقوم به البطل من أفعال ضد آخرين مثل:

أ - الاستجابات الانفعالية واللفظية : كالكرهية والبغض (سواء تم التعبير عن هذه المشاعر بالكلمات أم لا) ، والغضب ، المقاتلة بالشجار اللفظي ، السب ، الانتقاد ، الاستصغار وتقليل شأن الغير ، التوبيخ والتأنيب ، اللوم ، السخرية ، النقد أمام الآخرين.

ب - العدوان المادى الاجتماعى : بأن يقاتل البطل أو يقتل من أجل الدفاع عن شيء محبوب، والانتقام من أجل اهانة ، والقتال فى سبيل الوطن أو من أجل سبب عزيز، ومعاينة آخرين على إساءة ، ومطاردة مجرم أو عدو ، أو القبض عليه وسجنه...

ج - العدوان المادى غير الاجتماعى : كاحتجاز إنسان أو إذاؤه جسميا أو قتله بطريقة غير مشروعة (محرمة)، والبدء فى القتال بدون سبب مباشر ، والانتقام من ظالم بوحشية مفرطة، والقتال ضد السلطات الشرعية القائمة، والقتال ضد الوطن، والميل الى السادية.

د - التدمير : كالاغتداء ، أو قتل حيوان ، أو تحطيم وتهشيم أو حرق أو تدمير شيء مادى.

٢ - الصراعات:

وتتمثل فى حالات الشك والتردد والحيرة أو الارتباك إزاء سلوكيات معينة.. والمقابلة المستمرة بين البواعث والحاجات والرغبات والأهداف، والصراع الخلقى بين أن يفعل ولا يفعل، وشلل التفكير ، كما تعنى عدم التأكد أو فقدان القدرة على اتخاذ قرار، أو الحيرة للتعارض المؤقت أو المستمر بين الدوافع والحاجات والرغبات والأهداف، الصراع الخلقى وحالات الكف التى تشل نشاط الفرد.

٣ - القلق:

خبرة عنيفة من الخوف والتوجس يدركها البطل كشئ ينبعث من داخله ولا يمت بصلة الى موقف تهديد خارجي واقعي.

وتتمثل حالات القلق فى:

أ - الخوف : حالة من زيادة التيقظ والحذر تعد الكائن الحى لبعض التصرفات الخاصة، والتهؤى الفسيولوجى...

ب - القلق الطليق : وينشأ عن زيادة حدة الخوف الذى يشعر به البطل حتى يأخذ الصورة المرضية أو العصابية التى تجعل الوظائف الجسمية والنفسية فى حالة تهؤى مستمر، وتكون التغيرات الجسمية ملحوظة.

٤ - التقلب الوجدانى:

ويشير الى المرور بخبرة تدل على تقلب المشاعر تجاه انسان ما، وأن يكون الفرد، متضارباً، أو غير ثابت فى مشاعره ، تقلب الوجدان ، التقلب فى الطبع والمزاج ، وأن يظهر البطل الخيلاء (الزهو) ثم الضيق فى قصة واحدة، وأن يكون متعصباً قليل الاحتمال يبحث عن أناس آخرون واهتمامات أخرى ومهنة أخرى ... كما يتضح التناقض الوجدانى فى الجنسية الثنائية.

٥ - قوة الأنا العليا:

ويتمثل فى الاحساس العميق بالذنب نتيجة ارتكاب الأخطاء، والميل الى اللوم اللاذع للذات ونقدها وتأييدها، واستصغار الذات من أجل عمل خاطيء أو الاتيان بحماقة ، أو الفضل فى شئ ما، أو يعانى الفرد من الذنب والخطيئة والندم.

٦ - الاكتئاب:

خبرة الشعور بخيبة الأمل ، والوهم ، الحزن ، وعدم السعادة، والمزاج السوداوى ، والانتباض والقنوط، واليأس ، التعماسة.

٧ - الضغوط النفسية والقوى المنبثقة من البيئة:

١ - الضغوط العدوانية:

ويتضح فيما يقوم به الآخرون من أفعال ضد البطل مثل:

أ - الاستجابات الانفعالية واللفظية : مثل كراهية شخص ما للبطل ، أو الغضب منه ، أو ينقده ويؤنبه ، ويستخف به ويستصغره ويسخر منه ويسبهه ، ويهدده.. أو وجود شخص يشوه سمعة البطل من ورائه، أو يستخدم الشجار اللفظي.

- ب - الاعتداء المادى الاجتماعى : حيث يكون البطل مخطئا (كان يكون معتديا أو مجرما) ، وشخص ما يدافع عن نفسه ويرد الهجوم ، ويلاحق أو يسجن أو يقتل البطل، ومعاقبة السلطة للبطل (فى شكل سلطة الوالدين أو البوليس)
- ج - الاعتداء المادى غير الاجتماعى : مثل اجرام أو اغتصاب عصابه ، أو إيذاء البطل أو محاولة قتله، أو وجود شخص يبدأ القتال ، والبطل يدافع عن نفسه.
- د - تدمير الممتلكات : وجود شخص يدمر أو يحطم ممتلكات البطل.

٢ - ضغوط السيطرة:

وتتضمن:

- أ - الاجبار أو الاكراه : مثل محاولة شخص ما أن يضغظ على البطل لجعله يفعل شيئا ما، وتعرضه للأوامر والتعليمات، أو المجادلات الحادة.
- ب - التقييد : محاولة شخص أن يمنع البطل من عمل شيء ما، ويقيد حريته، أو يمسجه.
- ج - الاغراء : محاولة شخص أن يؤثر على البطل لكي يفعل أو لايفعل شيء ما عن طريق الاقناع المهنذ ، والتشجيع والاستراتيجية الماهرة أو الاغراء.

٣- ضغط النبذ (الرفض)

كوجود شخص يرفض البطل (ينبذه) ، يزدريه، أو يسخر منه ، ويثيرأ منه، يرفض مساعدته، ويتركه ، أو الاختلاف مع البطل، وجود أشياء غير مخصصة.. وأن يكون البطل غير مقبول بين العامة، أو غير مقبول فى وظيفة أو موقع معين.. وعندما يقال أو يطرد من وظيفته..

٤. ضغط الحرمان :

ويتضمن:

أ - النقص (العوز) : مثل نقص البطل لما يحتاجه لكي يعيش أو ينجح، أو ليكون سعيدا .. وأن يكون فقيرا ، أو تكون الأسرة معدمة (معوزة)، أو نقص المكانة، والتأثير، والأصدقاء، وعدم وجود فرص للتقدم (الترقى) أو السعادة.

ب - الفقد : حينما يفقد البطل شيء ما ، أو يفقد شخص ما بالموت، أو ضياع شيء محبوب في سياق القصة.

٥. ضغط الأخطار المادية:

ويتضمن:

أ - الأخطار المادية النشطة : مثل الاخطار المادية التي ليست من قوى بشرية : كتعرض البطل لحيوان مفترس ، أو تصادم قطار، البرق ، عاصفة في البحر، أو التعرض لمقذوفات القنابل..

ب - فقدان السند : مثل تعرض البطل لخطر السقوط أو الغرق .. انقلاب سيارته، أو تحطم سفينته، أو سقوط الطائرة التي يركبها، أو وقوفه على شفا جرف هار.

ج - الجروح المادية : مثل جرح شخص للبطل (كما في ضغط العدوان)، أو جرح حيوان له، أو حادثه (كما في ضغط الخطر المادي)، ونشوه جسمه أو يتر عضو من أعضائه.

٦. ضغط نقص التأييد الأسرى.

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| أ - التناثر الحضارى . | ب - التناثر الأسرى. |
| ج - التأديب المتقلب . | د - انفصال الوالدين. |
| هـ - غياب أحد الوالدين . | و - مرض أحد الوالدين. |
| ز - وفاة أحد الوالدين . | ح - دونية أحد الوالدين. |
| ط - تباين الوالدين . | ك - عدم الاستقرار المنزلى. |

٧- ضغط الجنس:

أ - العرض.

ب - الاغراء الجنسي المثلى ، الجنسي الغيرى.

ج - الاتصال الجنسي بين والدين.

د - الاطلاع الجنسي : رؤية مشاهد اتصال جنسى.

هـ - عدم القدرة على مصاحبة الجنس الآخر ورفضهم له.

٨ - ضغط الدونية:

أ - بدنيا . ب - اجتماعيا.

ج - فكريا

٩ - ضغط الاحتجاز والموضوعات الكابحة.

١٠- ضغط الخصومة ، والأقران المتنافسين.

١١- ضغط ولادة أشقاء.

١٢ - ضغط الانتماء والصداقات.

وجود أصناف شريرين، أو يدلون البطل على الضرر والفساد أو يوقعون به.

ثانياً: التفسير المتعمق:

وهو التفسير الذى يهتم بالكشف عن الاتجاهات النوعية للمفحوص ازاء مواقف الحياة المختلفة .. فتوحد المفحوص مع البطل يمكن أن يكون تعبيراً عن نفسه "كما هو"، ويمكن أن يكون تعبيراً عن نفسه "كما كان"، ويمكن أن يكون تعبيراً عن نفسه "كما يود أن يكون"، أو "كما يخشى أن يصير" .. وهنا يفضل "مخيم" هذه الطريقة باللوحه على أن يقوم المفحوص بكتابة ما يراه مناسباً .. وعادة : ما يفضل مخيم يده التطبيق باللوحه العاشرة : التى تكشف عن اتجاه الفرد من العاطفية، ثم اللوحه الثالثة عشر التى تكشف عن اتجاهه من الانسالية لينتقل بعد ذلك الى اللوحه الأولى التى تبين اتجاه الفرد من الخصاء، ثم بعد ذلك

للوحتان السادسة والسابعة للكشف عن الاتجاه الأدبية بما تتطوى عليه من اتجاه المفحوص ازاء أمه أو ازاء أبيه، وأحياناً تكون البداية بهاتين اللوحتين لاستحالة التفسير الأكيد دون الرجوع إليهما).. وعادة ما تأتى اللوحتان التاسعة والثانية عشر لتكشف عن اتجاه المفحوص من الجنسية المثلية، ويكون على اللوحة الثامنة بعد ذلك أن تكشف عن دور العدوانية عند المفحوص وذلك قبل الانتقال الى اللوحتين الحادية عشر والثامنة عشر لكشف عن الدور الذى يلعبه القلق عند المفحوص.. وأحياناً ما تكون الاستعانة بعد ذلك باللوحتين الثانية عشر (المقابر) والخامسة عشر (المغابر) لتبين ما عليه المفحوص من تقاؤل وتشاؤم .. وتبعا للفردية الفريدة للحالة يمكن اضافة لوحات أخرى كاللوحه الرابعة للغيرة .. وما الى ذلك.

ويقوم التفسير المتعمق للحالات الفردية على المعايير الكلينيكية على النحو التالى:

١ - ان التفسير المتعمق يعتمد على مفاهيم السيكدينامية:

حيث أن القصة الواحدة التى يقصها المفحوص ، هى بمثابة جزء لا يمكن أن نتضح دلالاته الا بالرجوع الى الوحدة الكلية للحالة الفردية.. ولذا فإنه ينصح بعدم الشروع فى التفسير قبل أن يفرع الاكلينيكى من قراءة تاريخ الحاية بما تشتمل عليه من وقائع وأحداث الى جانب تفسير أحلامه وما تشتمل عليه من أحلام نمطية أو مزعجة أو حديثه العهد وهكذا يتضح أن العملية الأساسية فى التفسير تكاد تنحصر فى معيار التكامل ومعيار النقاء الوقائع من معايير المنهج الاكلينيكى - فكل الوقائع ينبغى أن تتكامل فى كل تفسيري واحد، بحيث لا تبقى واقعة واحدة لاتجد مكانها ضمن هذا الكل التفسيري.. والوقائع المستمدة من القصص ينبغى أن تلتقى فى دلالتها بدلالة الوقائع المستمدة من تاريخ الحياة.

٢- التفسير المتعمق يهتم فى المقام الأول بالأسلوب الادراكى لاستجابات المفحوص:

فانتقاء الشخص للألفاظ التى يستخدمها فى القصص التى يبتدعها والحبكة تكشف عن خصائص هامة فى شخصيته .. فاستخدام كلمات مثل : "يبدو لى" ، "يخيل لى" ، "ليس من شك" ، "من المؤكد أن" ، "بدهى أن هذا..." الخ مما يترجم عن ثقة زائدة بالنفس...

وكذلك عند استخدام عبارات احتمالية مختلفة " اما أن يكون كذا . ، " وفي هذه الحالة... " ، ... الخ ففي ذلك ما يكشف عن تردد شديد يترجم من ميل الى التشكك يحملنا ولاشك على افتراض وجود عصاب قهري.

استجابات حالة لاختبار تفهم الموضوع

ـ الحالة : مريض صرع (انظر تاريخ الحالة)

ـ الجنس : ذكر.

البطاقة (١)

الصورة عبارة عن شاب أمامه مجموعة من الألوان وفرشاة للرسم وأوراق، ولكن هذه الأوراق خالية بيضاء، ويهيا الى من يراه أن هذا الشخص يبدو أنه في حيرة من أمره ، فهو لا يرى ماذا يرسم : هل يرسم منظر طبيعي، أو يرسم صورة لمجموعة من الأطفال أو يرسم صورة لأحدى الشخصيات التي يعجب بها وطالما تمنى أن يكون مثلهما ويفخر بها، أو يرسم صورة شخصية عزيزة عليه جدا وهو يفكر فيها جيدا حتى تتضح معالم هذه الشخصية بالنسبة اليه، أما أنه كذلك يريد أن يرسم شخصية لا يحبها، وهو يفكر في أن يرسم هذه الشخصية بأشع صورة يرسمها خياله، أم أنه يتذكر في موقف معنى حدث له يوما أو منظر حدث أمامه ولم يفارق خياله وهو يتذكره تماما ليصوره أمامه على الأوراق.

التفسير:

تكشف أول استجابة عن نوع من التفكير الحصارى والقلق غير محدد الأسباب حيث تفتح الطريق أمام احتمالات متعددة تهرب بها الحالة وتتجنب أى استجابة واضحة ، فيظهر التشكك ، الى جانب اشارات الى بعض المواقف المحتملة "يرسم شخصية لا يحبها بأشع صورة يرسمها خياله"، أو "موقف أو منظر حدث أمامه ولم يفارق مخيلته". مما يشير الى أحداث مضطربة في حياته لم يكشف عنها على المستوى الشعوري.

البطاقة (٢)

الصورة عن فتاة وهي يبدو أنها فى طريقها الى مدرستها، ولكن يبدو أنها تريد أن تطلب شيئا من والدها ولكنها خائفة من عدم تلبية طلبها، فهم كما يبدو فى الصورة فقراء ، والدها يعمل نجار بينما والدتها ربة بيت، وهم يتعبون كثيرا حتى يستطيعون تلبية مطالبتها هي واخوتها، ولكن بالرغم من ذلك فهي مترددة من طلبها هذا فهي تعرف كم يشقى والدها ليوفر لها ما تريد وهو لا يعترض على شئ، ولكنها تعرف حالته جيدا، والأم كما يبدو تعرف ما تفكر فيه ابنتها ولكن ليس بيدها شئ تساعداه به فهي لاتعمل ولاتملك مال، ومهمتها هي رعاية اخوتها الصغار والقيام بأعمال المنزل، فلذلك تبدو الفتاة فى حيرة من أمرها، فهي بين أمرين اما أن تطلب من والدها وهي تعرف حالته واما أن تصمت وتظهر بين زميلاتهن بأن حالتهن أقل منهن.

التفسير:

عودة الى التردد والحيرة والصراع وعدم الحسم، ورغم ذلك فقد صاحب الاستجابة تعقيل مسرف : " انها تعرف حالته " ومثل هذه الحالة تميز العصبيين القهريين.. كما تكشف الاستجابة عن الشعور بالدونية تظهر بين زميلاتهن بأن حالتهن أقل منهن"، الى جانب الاشارة الى فقر الأسرة ، وعدم امتلاك الأم المال. والفقر المادى فى الاستجابة دليل على الفقر العاطفى، والاشارة الى سلبية الأم وعدم قدرتها على المساعدة .. كذلك فقد تعين المفحوص ذاتيا بالفتاة وعادة : فان التعيين الذاتى بالأنثى يعكس الاحساس بالسلبية والميول الاستجابية الكامنة.

البطاقة (٣) ص ر:

بينما الجميع فى نوم عميق والمكان يخيم عليه الهدوء ، فجأة اشتعلت النيران فى منزل عم حمزة الرجل الطيب الذى يعيش بمفرده، ولتهدت النيران كل المنزل، فقد شاء القدر أن يحدث له هذا الحدث، ولكن الجيران هبوا فى همة ونشاط فى محاولة لاطفاء النار التى قضت على كل المنزل، ولكن عم حمزة كان مؤمنا بالله

وبقدره ، ولم يظهر حزنه بل صبر وفوض أمره الى الله، وهو الآن جالس يفكر فيما وصل اليه حاله.

التفسير:

تكشف الاستجابة عن قلق وخوف من المجهول فى صورة نكبة أو كارثة تحدث لبطل القصة، وعدم القدرة على فعالية مشاعر الوحدة .. وقد أظهر المفحوص البطل (الذى توحد به) أكبر من عمره فى البطاقة مما يشير الى التناقض الوجدانى بشأن صور الراشدين، أو لكبت الاحساس بالكارثة لمن فى مثل سنه، وهذا يكشف عن مدى التحريف الادراكى للبطاقة ، ويحاول المفحوص من ناحية ثانية اعلاء مشاعر الحزن واليأس على الأحداث غير السارة بالصبر وتفويض الأمر لله ، مع كبت العدوان بعدم رؤية المدس الموجود بجانب البطل الذى يظهر فى البطاقة.

البطاقة (٤):

فى هذه الصورة توصل ورجاء ، فهى تطلب من زوجها ألا يخرج وهو غاضب وفى هذه الحالة . لقد دخل الشيطان بينهم وعكر صفو حياتهم السعيدة الهائلة، ولقد كانوا يحبان بعضهم البعض حبا شديدا ، فهو كان لها كل شئ ، ولكن حدث فى هذا اليوم حدث ترك أثرا كبيرا فى نفس الزوج مما دعاه للخروج والابتعاد قدر الامكان لكى لا يتطور الأمر ويحصل مالا يحمد عقباه، فهو رجل حكيم، ولكنها اعترفت بخطئها وتتوصل اليه ألا يخرج.

التفسير:

تكشف الاستجابة عن كبت المثيرات الجنسية: حيث تجاهل صورة المرأة شبه العارية فى مؤخرة الصورة، وقام المفحوص بتحويل المثير إلى موقف خلاف بين رجل وزوجته، ولعل صورة العلاقة بين الزوجين انعكاس للعلاقة بين الأب والأم (حيث أن الأم كثيرة الخلاف مع الأب)، وتظهر ساديتها فى مقابل مازوشية الأب، وتوضح كيفية سياسة الأب للمشكلات الأسرية بحكمة.. فالتوحد هنا

بمازوشية الأب. ويوجد تكامل للصورة المستدخلة للأب ، ويوضح نموذجاً لكيفية معالجة الأم للمشكلات الأسرية باستخدام ميكانيزم الاستعطاف للابقاء على العلاقة الزوجية.

البطاقة (٦) ص ر:

هذا مشهد شاب وأمه .. والحقيقة أمه وأبوه كانوا يربونه على التكليل ويجيبون له كل مطالبة وهو صغير، وهم اللى بيثثروا له كل حاجاته ولايعطونه الفرصة ليعتمد على نفسه، وهو الآن فى بداية الرشد، وبدأ يعمل فى شركة لكنه لايعرف كيف يتعامل مع الناس ، ودائماً يخاف منهم ، وهو يخشى أن يفشل فى عمله، وهو الآن واقف حزين وقلق لأنه عايش فى أزمة وورطة شديدة ويقول لأمه كيف أحل هذه المشكلة ، وأمه هاتساعده وتفكر له فى مخرج، لكن من داخله هو ناقم على أمه وعلى أبيه لأنهم جعلوا منه شخصية ضعيفة.

التفسير:

محمل الاستجابة هو اسقاط حاله على الصورة المثير .. فقد أشار فى سياق المقابلة الى نقد الطريقة التى تربي عليها والتي جعلته لايعتد على الاستقلال بنفسه، ويتأكد بشكل يقينى على مستوى التقاء الوقائع الدونية العصابية فى صورة فوبيا المواقف الاجتماعية والعلاقات مع الناس مع انتفاء الموقف الأوديبى، والتحول المرضى فى شخصيته من الطاعة الفريباتية الى الضعف العصابى والدونية وتبرير سلوكه وارجاعه الى الظروف الخارجية وطريقة تربيته، مع عدوانية كامنة موجهة نحو الصور الوالدية.

البطاقة (٨) ص ر:

هذا الشخص الملقى على الأرض مريض منذ زمن طويل بمرض مزمن وعنده عملية جراحية ويقوم فريق من الأطباء بعمل هذه العملية له .. وأخوه واقف من بعيد يراقب الموقف خوفاً على أخيه من الموت.

التفسير:

تكشف الاستجابة عن توهم المرض كميكانيزم لاستجداء عطف الآخرين والأنا العليا، مع انتصاح العجز والدونية التي تحولت الى جنسية مثلية سلبية، وتوضح أسلوب التربية الذي تربي عليه (حيث يوجد مرافق معه من اخوته دائما خوفا عليه من حدوث نوبة الصرع) ، الى جانب ذلك : فان هناك كبتا شديدا للعذوانية ، جعلها موجهة اليه في صورة متمامية.

البطاقة (١٠)

في هذه الصورة نرى حبيبين في حالة انسجام تام ولحظات حب متبادل، هما يتمنان أن يكمل الله حبهما بالنجاح ويطمئنانا معا، ويتواعدان على أن يبذل كل منهما ما في وسعه لاسعاد الآخر، فهما رمز للحب الصادق والوفاء والاحترام، فهو يحبها ويحترمها ويقدرها ويعدها بحياة هانئة سعيدة ، وهي بالمثل تحبه بصنق وترى فيه الأمل.. وتمر الأيام وتأتي اليه شاكية باكية، وهي تبكي بحرقة وألم، والدها يريد أن يزوجها لأحد كبار التجار ذوي الأملاك ، فيعرف حبيبها هذا الخبر ويتحطم قلب كل منهما، وهو الآن يشعر بالتعاسة، فهو مازال لا يستطيع أن يخطبها، ولكن لن يوافق والدها، والموقف الآن يصور لحظة الوداع ويقول لها هذا هو قدرنا، وهم يبذلون منهارين لا يرون بيدهم شيء غير البكاء بألم وحرقة لأن كل منهما سوف يفارق حبيبته ويتزوج شخص آخر لا يعرفه ولا يميل اليه.

التفسير:

تكشف الاستجابة عن تناقض وجداني واضح، ففي شطر منها يظهر الاتجاه الرومانسي في العلاقة العاطفية بالجنس الآخر على سبيل المثال وصناعة منولوجا مع موضوعات ليست لها أية صفة في الواقع.. وكعائته يلجأ المفحوص الى الخيال لحل المشكلات، وتبرير فشلته مع مشاعر الدونية، ليكشف هنا الى جانب ذلك عن الدونية الاجتماعية التي تحرمه ممن أحبها ويتحطم قلبه وقلبها وذلك في الشطر الثاني من الاستجابة .. وفي ذلك ما يوضح انفصال الشق الشهوى عن الشق

العاطفى فى العلاقة بالجنس الآخر فهو يستطيع أن يحب ولكنه يشعر بالخصاء وعدم القدرة على اتمام الحب ليكون الزواج. (ولعل ذلك ما عبر عنه المفحوص شعوريا خلال المقابلة من أنه ربما لا يستطيع الزواج بسبب حالة الصرع لديه).

البطاقة (١٢) ر:

أعتقد أن هذا طفل مريض بالنوبة وهذا أبوه يعمل له اللازم يفك له قميصه ويخلع له حزامه وحذائه، وهو واقف فى حالة ارتباك وحيرة منتظر حتى تمر النوبة بسلام.. وهى عندما ينتبه ويفيق من النوبة يشعر بأنه يتعب الأب كثيرا، ولكنه يشعر بالحزن واليأس من الحياة بسبب المتاعب التى سببها لأسرته.

التفسير:

يسقط المفحوص حالته على الاستجابة ، فقد توحد ببطل القصة المصاب بنوبة الصرع مثله، حيث جعله طفلا تارة، وتحدث بضمير المؤنث تارة أخرى (وهى عندما ينتبه...) مما يشير الى اضطراب التوحد وتشويه المدرجات كأعراض فصامية.. الى جانب ذلك تكشف الاستجابة عن أعراض اكتئابية، وتعلق مثلى بالأب فى غياب صورة الأم تماما.

البطاقة (١٣) ر ن:

فى البداية رفض الاستجابة للبطاقة قائلا : هذه صورة مشينة يجب ألا نتكلم عنها.. (ومع الحاح الباحث لوصف ما فيها) قال بعد فترة صمت:

..نعم .. انه يشعر بالندم لأنه ارتكب حقا جريمة بشعة، وهو يعلم حقا أنها جريمة وفعل نهائيا منه ديننا الحنيف الا بالشرع، ولكن الشيطان لعب بهم معا ودفعهم لارتكاب الفحشاء ولم يفكروا ولو لمرة واحدة ما يترتب على هذه الجريمة، وهو الآن يشعر بالذنب وبجحم الجريمة التى ارتكبها بمحض ارادته ، فهنا يظهر الأسى والندم على فعلته.

التفسير:

يكشف الرفض عن الكفوف الشديدة ازاء الجنسية الغيرية والجوانب الشهوية، كما تكشف عن قيود الأنا العليا الصارمة التى تعاقب على رغبات الهو فى مقابل

ضعف الأنا.. ويبدو القلق واضحا فى الاستجابة، وكذا مشاعر الذنب والأسى والاكنتاب من جراء السلوك الممقوت المنهى عنه شرعا، والاتساق وراء غواية الشيطان.. وعلى الرغم من أن المفحوص لم يشر الى الطرف الآخر فى العلاقة، إلا أنه يصب غشبه على شخصية البطل وحده.

البطاقة (١٨) ص ر:

شاب هارب من العدالة ربما يكون قد سرق، أو اغتصب شئ ليس ملكه، وربما يكون قد زنا أو قتل والبوليس قبض عليه وسوف يحكم عليه ويلقى جزاءه.

التفسير:

تبدأ الاستجابة بافتراض احتمالات متعددة (كعرض للعصاب القهرى)، وتعبّر عن رغبة الحالة فى الهروب من واقع مؤلم أو قاسى ناجم عن شدة رغبات الهو وضعف الأنا، وتقاعس الأنا العليا، وعدم القدرة على مواجهة العالم الخارجى مما يجعل المفحوص يشعر بالاضطراب والارتباك.. ولعل قسوة الأنا العليا قد ظهر فى صورة العدالة والقبض على البطل من أجل العقاب، ومن المتوقع أن يكون هناك رغبة داخلية فى عقاب الذات على فعل غير مرغوب أو غير مقبول اجتماعيا.

تحليل عام لشخصية الحالة من خلال اختبار تفهم الموضوع:

يعانى المفحوص من اضطراب نفسى حاد يتضح فى التلايف الاحساس بالدونية والقصور وعدم الثقة بالنفس والاعتماد على الآخرين، ويشعر بالقلق والأعراض الاكتئابية والعصابية القهرية التى تتسم بالتشكك والتردد الى جانب التعقل المسرف.. وتتسم مشاعره نحو الوالدين بالثباتية الوجدانية ، فمرة يرى النماذج الوالدية مساعدة - ومع ذلك فإنه يعود ويرى صورة الأب متسمة بالمازوشية مع تعلق مثالى بها ليفسر بذلك على المستوى اللاشعورى ضعفه وقصوره، وإلى جانب ذلك يرى صورة الأم سادية.. وفى جميع الحالات : فهو ناقم على أبيه وأمه بسبب أسلوب تربيته على التكليل الذى خلق منه شخصية ضعيفة.. كما تكشف

استجاباته أيضا : عن كبت للمثيرات العدوانية، والجنسية الغيرية مشوب بالاحساس بالذنب والندم، وتظهر من بين حين وآخر علامات على الجنسية المثلية الكامنة الأمر الذى ينعكس تعلقه بالأب تارة وبأبطل اناث تارة أخرى.

ويظهر ذلك من خلال:

- ١ - ميطرة الأسى على النغمات الأساسية للقصص.
- ٢ - تحريف معظم الاستجابات عن موضوع البطاقات الأساسى.
- ٣ - عدم وجود موضوعات واقعية تحقق الأمن النفسى.
- ٤ - يسود الانسحاب والتجنب والاستجابات الهروبية والتردد والتشكك كدفاعات مميزة لمعظم الاستجابات.
- ٥ - غياب جميع صور التعبير الجنسي فى معظم الاستجابات.

وبصفة خاصة:

- تظهر أعراض ضعف الشخصية والاحساس بالدونية والقصور وعدم الثقة بالنفس فى (٦ص ر) ، (٨ص ر) ، (١٠).
- كما تظهر الأعراض العصابية القهرية فى صورة التردد والتشكك والحيرة والصراع وعدم الحسم فى (١) ، (٢) ، (١٨ص ر) ، ويظهر التعقل الشديد فى (٢) " البنيت تعرف حالته"، وفى (٣ص ر) " الرجل مؤمن بالله ويقدره، ولم يظهر حزنه بل صبر وفوض أمره لله"، وفى (٤) "خرج لكى لا يتطور الأمر ويحصل ما لا تحمد عقباه فهو رجل حكيم، وهى اعترفت بخطئها".
- وتظهر أعراض القلق فى (١) "لا بدنى ماذا يرسم"، وفى (٢) " خائفة من عدم تلبية مطالبها، هم فقراء يتعبون ويشقون"، وفى (٣ص ر) : فجأة اشتعلت النيران"، (٦ص ر) : " الخوف من الفشل. "
- وتظهر الأعراض الاكتئابية : فى صورة الحزن واليأس والقنوط وفقدان الأمل فى معظم القصص خاصة : (٢) ، (٣ص ر)، وفى (١٠) " يتحطم

قلب كل منهما، يشعر بالتعاسة، "لا يرون بيدهم شيء غير البكاء بألم وحرقة"، كما يشوب هذه الاكتئابية النظرة للتساؤمية القائمة : ففي (٣ص ر) " التهمت النيران كل شيء في المنزل"، وفي (٤) " عكر الشيطان صفوح حياتهم السعيدة الهائلة، وضياح الأمل في الزواج (١٠)

- ويظهر الصراع ازاء الصورة الوالدية في (٢)، (٤)، (٦ص ر) ، (١٢ر) .. وتظهر النار في (٣ص ر) وهي من الموضوعات التي توحى بمشكلات خاصة بالتبول ويبدو للتعليق بالصورة الأنثوية في (٢)، ويبدو الكبت الجنسي في (٤)، (١٠)، والرعب المرضي من الأنا العليا ازاء الرغبات الجنسية الغيرية في (١٣ر) حتى اذا ما انتظم الأمر على هذا النحو كانت الجنسية المثلية الكامنة هي الميدان المنحرف لتحقيق الرغبة كما في (٨ص ر)، (٢١ر) ، أما كبت العدوان فيظهر في (٣ص ر)، (٨ص ر) .. وفي جميع الحالات يلجأ المفحوص الى عمل مونولوج داخلي لحل المشكلات، مع الفشل في الوصول الى حلول واقعية للمشكلات المثارة وعزو فشله الى الآخرين كما في (٢)، (٦ص ر)، (١٠)، أو الى الكوارث الطبيعية فيستند الى القدريّة في مواجهة الاحباطات كما في (٣ص ر)

٤ - اختبار الورشاخ

شهد العالم ظهور ما يعرف الآن باختبار الورشاخ أو تكنيك الورشاخ بنشر كتاب التشخيص النفسى Psychodiagnostik الذى ألفه هرمان روشاخ وكتبه بالامانية.

ورشاخ طبيب سويسرى من أطباء الأمراض العقلية ولد فى زيورخ ١٨٨٤ ودرس فى كل من سويسرا وألمانيا وكان طبيبا ناجحا وذكيا ومتميزا فى مجال التجارب والبحوث . وقد حاول روشاخ من خلال تجاربه الكثيرة فى المستشفى الاستفادة من أسلوب بقع الحبر فى دراسة الشخصية وكان يحصل على الأشكال بأن يسقط بقع كبيرة من الحبر على ورقة بيضاء ثم يطبق الورقة فينتشر الحبر بصورة سمترية فى نصف الصفحة ونتيجة للملاحظات التجريبية تم اختيار الأشكال المستعملة من أن تتحقق فيها شروط معينة : مثل البساطة النسبية اذ يؤدي الشكل المعقد الى صعوبة احصاء العوامل الموجودة فى التجربة ومن ثم صعوبة تصحيحها وتفسيرها ، كما يجب أن يخضع بقع الحبر لنوع من التكوين حتى لايرفضها المفحوص على أنها مجرد بقعة حبر، يضاف الى ذلك أنه يجب أن يكون جانبا البقعة متشابهين دون أن تفقد صفة الاستثارة حتى تكون الصورة واحدة بالنسبة للأيمنيين والأيسريين . وأشار روشاخ الى أن صفة السيمترية قادرة على تحفيز الممتحنين على الاستجابة.. كما اتضح أيضا أن هذه الصفة لاتمنع الاستجابة للشكل كوحدة بل تساعد فى ذلك.

وكان لابد بالإضافة الى هذه الشروط العامة من توافر شروط خاصة فى كل شكل ، ومن تجريب كل منها وتجريب كل منها وتجريب المجموعة كاملة قبل استخدامها كمواد للاختبار .

وقد قام رورشاخ بعدة تجارب على الأشكال المختارة وتم تقنين الاختبار على عينة من "٤٠٥" شخصا من الذكور والإناث منهم مجموعة من الأصحاء وأخرى من المرضى النفسيين.

ورغم أن تجربة رورشاخ كانت تهدف أولاً إلى دراسة الإدراك بعملياته الثلاث: الإحساس ، والذاكرة ، والترابط ، إلا أنه توصل إلى أن الاختبار يمكن أن يفرق بين العاديين والمرضى وبذلك يمكن أن يستخدم كاختبار تشخيص، إلا أنه حذر من التوصل إلى تشخيص نهائي اعتماداً على نتائج الاختبار وحدها (RORSCHACH 1942).

احدى بطاقات اختبار الروشاخ



أهمية اختبار الـرورشاخ:

من المسلمات الأساسية التى يقوم عليها تكنيك الـرورشاخ وجود علاقة بين الإدراك والشخصية ، ذلك أن الطريقة التى ينظم بها الشخص بقع الحبر فى مخطته تعكس الخصائص الأساسية لوظائفه الميكولوجية ، وبالتالي فإن الاكلىنيكى يتمكن بتحليله لاستجابات شخص ما لبقع البحر من معرفة امكانيات المفحوص ودوافعه وطريقة معالجته للمشاكل (كلوبفر ١٩٦٢).

وترى لوسلى اوسترى Loosti Ustri ١٩٣٢ أن الاختبار يعكس ديناميات التكوين النفسى اذ يبين خصائص الشخصية وميكانيزماتها الذهنية والوجدانية.

وأن الاختبار يستطيع بدرجة أفضل من أى اداة أخرى الاحاتة بالخصائص الكلية للشخصية.

وكما اتضح من قبل أن رورشاخ قد توصل من خلال التجارب الكثيرة التى قام بها الى أن للاختبار قيمته التشخيصية اذ أنه يفرق بين الأسوياء وبين المرضى.

وقد أيدت الدراسات الحديثة صدق ما توصل اليه رورشاخ فقد استخدم الاختبار بصورة واسعة فى مجال التشخيص الاكلىنيكى، وهناك الكثير من الدراسات الحديثة فى هذا المجال، والتى يحسن القاء الضوء على بعض منها ، ففى دراسة بواسطة الـرورشاخ على مرضى اصابات الدماغ أثبتت النتائج أن الاختبار يمكن أن يفرق بين اصابات الدماغ المختلفة وان الاختلاف فى الاستجابات يكون تبعاً لموضع وحجم الاصابة ، فمثلاً أظهرت مجموعتى الاصابة الأمامية Frontal والصدغية Temporal ميلاً لاختلالات الشخصية أكثر من مجموعة الاصابات الخلفية Occipital ١٩٨٢ ناكامورا Nakamura

وفى دراسة على نوعين من مرضى الصرع : الأولى الشامل Primary Generalized Epilepsy، وصرع الفص الصدغى " Temporal Lobe epilepsy

أمكن معرفة الخصائص النفسية لكل مجموعة على ضوء استجاباتهم لاختبار
الروشاخ. (Kawai & Aoki 1983)

وفى دراسة أخرى ثبت أن استجابات بعينها مثل الاستجابات اللالونية وردت
بدرجة ذات دلالة لدى الاكتسابيين مما دعم الملاحظات الاكلينيكية السابقة ، بأن
الاستجابات اللالونية تقف بين المصابين بالاكتئاب وغير المصابين به.

وقد وجد سيجال ارتباطاً عالياً بين استجابات رورشاخ ذات المحتوى
العدواني وبين القلق والعصبية (Singh & Sehgal 1979)

كما وجد فى دراسة أخرى أن هناك مميزات محددة متعلقة بالنمو والتكوين
المعرفى فى انتاج استجابات انسانية Human Responses ، وترتبط هذه المميزات
بنوع ودرجة المرض النفسى (Lerner & Peter 1984).

وفى دراسة بواسطة الروشاخ على مرضى سيكوسوماتين Psychosomatic
مع مجموعة من المرضى العقليين أظهرت المجموعة المصابة بأعراض نفسجسمية
استجابات تشريحية أكثر من المجموعة الأخرى وأن تلك الاستجابات ترتبط
بالديناميات النفسية التى تشكل أساس الأمراض النفسجسمية (Wagner &
Williams 1975). وفى دراسة أخرى وجد توجنازو وآخرون أنه من الممكن أن
يساعد تحليل الاستجابات على الروشاخ خاصة البطاقة الثالثة والرابعة فى تشخيص
الجنسية المثلية (Tognazzo & Bartella 1981).

ولا تقتصر قيمة رورشاخ على التشخيص فقط. إذ أن له قيمته فى العلاج
أيضاً من حيث التنبؤ باحتمال نجاح العلاج وتقييم درجة النجاح.

ففى دراسة أجريت لقياس فعالية الروشاخ للتنبؤ بمدى التحسن فى العلاج
على مجموعة من البالغين المصابين بالتهتية - أثبتت النتائج أن هناك استجابات
محددة مثل انتاج استجابات حركية Mocement Responese تعد مؤشراً لمدى

التحسن فى العلاج مدعمة بذلك دراسات سابقة فى هذا المجال . (Sheehan & Tanaka 1983).

وفى بحث آخر درس "سمول وآخرون" ، الزيادة فى الوزن لمجموعة مصابه بفقد الشهية العصابى Anrexia Nervosa بواسطة اختبار وكسلر واختبار الروشاخ ودلت النتائج أن المقدرة على الاستجابة لتلك المقاييس والتركيز فيها بصورة معرفية يدل على حالة التحسن لهؤلاء المرضى (Small et 1983).

وفى دراسة لتقييم العلاج النفسى الجمعى بواسطة اختبار الروشاخ أثبتت النتائج أن الروشاخ وسيلة قيمة لتقييم فعالية العلاج، إذ وجدت تغيرات ايجابية فى مستوى الأداء بعد العلاج وانتفعت النتائج مع الملاحظات الاكلينيكية للمعالج النفسى (Sherr & Tachman 1971).

وبالإضافة إلى ذلك فإن الروشاخ يمكن أن يستخدم كأداة لقياس الذكاء. وهناك العديد من الدراسات فى مجال قياس الذكاء والابتكار بواسطة الروشاخ منها دراسات غنيم (١٩٥٥) و أبو عوف (١٩٧٥) ومنهاس Minhas (١٩٨١).

كما انفتحت بالروشاخ آفاقا كثيرة للبحوث، إذ أثرى الروشاخ الدراسات التى تتناول المظاهر الارتقائيا للادراك وأسهم أيضا فى فهم الشخصيات المتعرفة كالأحداث الجانحين ومدمنى الخمر، واستغل حديثا فى التوجه المهنى وعيادات توجيه الأطفال (جلال وآخرون ١٩٦٥).

واستخدم فى دراسة العلاقات المتبادلة بين الثقافة والشخصية على مجتمعات مختلفة منها دراسة على المجتمع الفنلندى (Mattler, Lahela) وعلى المجتمع الريفى الزائيرى (Meernehout et Makenndi 1980) وعلى المجتمع المصرى (غنيم وبراده ١٩٧٥).

ويبدو حاليا أن نتائج الروشاخ قد تسهم فى تطوير نظريات الشخصية بالقدر الذى تسهم نظريات الشخصية فى تطوير فروض الروشاخ (جلال وآخرون ١٩٦٥).

الدلالات المتعلقة بجوانب الاختيار:

هناك جوانب أربعة يتم على أساسها تقدير الاستجابة وهي: المكان Location، والمحددات Determinants والمحتوى Content والشبوع والابتكار Popular & Original.

ويرد هنا ذكر بشئ من التفصيل مع توضيح بعض الفروض المتعلقة بدلالة فئات التقدير المختلفة والتي أثبتتها دراسات روشاخ الأولى عام ١٩٢١، ودراسات علماء روشاخ الذين جاءوا من بعده مثل " بيك "، " كلوبفر " و " بتروفكس ".

ومع ذلك تبقى تلك الدلالة مجرد فروض يثبت خبير روشاخ صحتها أو خطأها على ضوء الحالة المحددة.

أولاً: التحديد المكاني Location

فالاستجابة إما أن تشمل البطاقة كلها أو جزء منها، وهذا الجزء إما صغيراً أو كبيراً، وقد تحتوى فراغات بيضاء.

أ - الاستجابات الكلية (Whole Responses)

وتقدر على أنها كلية (ك) إذا شملت كل أجزاء الشكل أو إذا استبعدت منها أجزاء صغيرة جداً، وتوجد أنواع من الاستجابات الكلية فهناك كليات بسيطة وسريعة لا تحتاج إلى جهد كبير مثل الاستجابة (خفاش) للبطاقة الخامسة.

وهناك الكليات للتركيبة التي تحتاج لنشاط عقلي أكبر إذ تعتمد على تحليل الشكل إلى أجزائه ثم تركيبه في كل واحد ذو معنى كما أن هناك الاستجابات الكلية التجميعية التي يكون فيها المفحوص مدركاً لكل جزء ثم يقوم بتجميع كل الأجزاء مكوناً منها مدركاً كلياً له معنى.

ومن البديهي أن يدل تكرار النوعين الأخيرين من الاستجابات الكلية على ذكاء أكثر ودافعية أكثر من غيرهما.

وهناك استجابات كلية يرمز لها بالرمز (ح ك) و (ج ك) (Confabulatory Wholes) أى أن جزء من الشكل كبيرا كان أم صغيرا هو الذى استجاب له المفحوص فيفسر الشكل كله على أساس رؤيته لهذا الجزء مع اغفال الأجزاء الأخرى، وقد فسرها رورشاخ على أنها تدل على القصور المعرفى أو الاختلال فى الإدراك نتيجة للفصام أو أمراض المخ العضوية.

كما أن هناك كليات عادة ما تظهر فى استجابات المرضى (Contaminated Wholes) يخلط فيها المفحوص مدركين ليس بينهما صلة أو رابطة فى مدرك واحد.

وقد تتضمن الاستجابة الكلية الإشارة إلى المساحة البيضاء فتتقدير الاستجابة (ك ف).

وعند التقدير الكمية تحسب هذه الأنواع المختلفة على أنها كليات لكنها تختلف بالطبع عند القيام بعملية التحليل والتفسير.

وترتبط تقديرات المكان بوجه عام بالطريقة التى يعالج بها المفحوص عادة أى مادة من المواد ما إذا كانت طريقته استقرائية أم استدلالية فيها تعميم أم تدقيق (سعد جلال وآخرون ١٩٦٥).

ويعكس انتاج استجابات كلية القدرة على تنظيم المادة والربط بين التفاصيل والاهتمام بالمجرد والنظرى.

وقد اعتبر رورشاخ الكليات أحد المكونات التى تحدد القدرة العقلية للفرد، فهى دليل قدرة الفرد على التعميم والتجريد والتنظيم والإدراك العلاقات (غنيم ويراده ١٩٧٥).

وتبعا لرورشاخ فإن نسبة الاستجابات الكلية للشخص العادى متوسط الذكاء تقدر بين ٢٥٪ - ٣٠٪، وقد لاحظ رورشاخ أن حالات المزاج المنبسط يزيد لديهم عدد الكليات وتقل عند حالات الاكتئاب.. وتوصل جردهام (Guirdham ١٩٣٦)

لنفس النتيجة، كما نقل الكليات عند حالات القلق Bichler (١٩٥٢) .. ووجد فردمان Friedman (١٩٥٢) أن البالغين الأسوياء يعطون عددا من الاستجابات الكلية أكثر من الفصامين والأطفال. وتوصل فرانك Frank (١٩٥٢) لنفس النتيجة عند مقارنة الأسوياء والعصابيين.

كما سجل "بلات" و "إلسن" رابطة ذات دلالة بين انتاج كليات جيدة الشكل والقدرة على حل المشكلات.

ب - الاستجابات الجزئية الكبيرة (ج) Common details هي المساحات التي ينقسم عندها الشكل إلى أجزاء واضحة، ويرى رورشاخ أن الاجزاء الكبيرة هي تلك الاجزاء التي تكون أكثر لفتا للنظر كما يتواتر ظهورها بكثرة.

وافترض رورشاخ أن استجابة الجزئيات الكبيرة تعد مقياسا للذكاء العملى وتعكس القدرة على التفاعل مع مفردات البيئة.

كما أكد كل من "بيك" ١٩٤٥ و "كلوبفر" ١٩٥٤ أنه كلما زاد الاهتمام بالجزئيات يتوقع أن يكون الفرد عمليا ويميل إلى الدقة.

وقد وجدت "آمز Ames" أن (ج) تزداد تدريجيا بزيادة عمر الطفل.

وعادة تكون نسبة الجزئيات الكبيرة فى التقرير العادى بين ٦٠ - ٧٠٪.

وأحيانا تقل النسبة لأسباب انفعالية أكثر من أنها أسباب معرفية.

أما أن كانت النسبة أقل من ٤٠٪ فهذا يشير إلى اغفال الفرد للنواحي المحسوسة لدرجة يصعب معها التكيف مع البيئة (غنيم وبرادة ١٩٧٥).

وفى دراسة لاستجابات مرضى الفصام قبل وبعد العلاج زادت نسبة الجزئيات الكبيرة من ٤٠٪ قبل العلاج إلى ٧٣٪ بعد العلاج Exner & Murillow 1973)

ج - الأجزاء الدقيقة أو غير العادية Unusual details

وهى تلك الأجزاء التى تبقى بعد الإحصاء العام للأجزاء الكبيرة، فما ليس بكلى ولا جزء عادى يكون جزء دقيقا بما فى ذلك الاستجابة للمساحات البيضاء فى البقعة.

ولا تزيد مثل هذه الاستجابات عن ١٠٪ من مجموع الاستجابات وترتبط النسبة التي تزيد عن ذلك بالحلقة والحاجة إلى الدقة والصواب.

وعادة ما يعطى مرضى الفصام والاضرابات العضوية للمخ عددا كبيرا من الجزئيات الدقيقة وذلك لافتقارهم للتنظيم العقلي والتراكيب الذهنية.

أما التفاصيل الدقيقة جدا والنادرة فوجودها يكون دليلا على سمات عصابية كما في حالة الوسواس القهري.

كما تدل استجابات الفراغ على ادراك التفاصيل غير العادية، وقد يدل على الاستجابة الثرية للبيئة. ومع أن رورشاخ ذهب إلى أن أكثر من استجابة فراغ واحدة أمر يدعو للشك، إلا أن كثيراً من الباحثين وجدوا إلى أن أكثر من استجابة فراغ واحدة أمر يدعو للشك، ألا أن كثيراً من الباحثين وجدوا أن استجابتين أو ثلاث من استجابات الفراغ ربما دل على مرونة الشخص ومحاولته استغلال مكل المداخل الممكنة للاستجابة (Exner 1974).

وفي حالة قلب الشكل والأرضية، أى الاستجابة للفراغ الأبيض باعتباره الشكل وبقعة الحبر الأرضية فغالبا ما يكون ذلك مرتبطا بنوع من المعارضة العقلية أو بعض الاتجاهات السلبية.

ثانياً: المحددات Determinants

هى البعد الثانى الذى يتم على أساسه تقدير الاستجابات وقد ذكر رورشاخ الشكل Form، والحركة Movement، واللون Color، كمحددات للاستجابة.

ثم أضيفت الظلال كمحدد رابع يتم على أساسه تقدير الاستجابة.

أ - الشكل Form

ويعنى أن شكل البقعة أو المحيط الخارجى لها هو المثير الأساسى للاستجابة.. وعادة ما تبدأ الاستجابة للشكل بقول المفحوص: "هذه تشبه.. أو هذه

مثل..". وقد اعتقد رورشاخ أن استجابات الشكل تعكس مقدرة الفرد على تناول الأشياء بصورة واقعية.

وقد ميز (رورشاخ) بين الشكل الجيد الذى يعكس مدى مطابقة الاستجابة للبقعة، ويرمز له بالرمز (+ش)، والشكل غير الجيد ويرمز له بالرمز (-ش).

واستجابات الشكل الجيد هي الاستجابات التى تتحدد بشكل البقعة ويتواتر حدوثها بكثرة فى مجموعة كبيرة من الأشخاص تكون سوية من الناحية العقلية.

كما أن هناك وسائل أخرى لمعرفة الشكل الجديد وهي مشاركة الفاحص المفحوص نفس الاستجابة أو أن يتفق ثلاث من الحكماء على قبولها. وترتبط نسبة الشكل الجيد بدرجة الذكاء وكذلك النواحي الانفعالية فقد وجد بيك (Beck 1930) ارتباطا عاليا بين انخفاض نسبة الشكل الجيد ش+ % والذكاء المحدود واعتبر نسبة ش+ أقل من 60% مؤشرا لحالة مرض نفسى أو عقلى أو حالة تخلف عقلى.

وتوصل لنفس النتائج كل من سلوان Sloan (1947) وكلوبفر وكيل Klopfer & Kelly (1942) كما أثبتت الدراسات انخفاض نسبة الشكل الجيد عند الفصامين Beck and Rickers (1938) و Molish & Bock (1958) .. ويمكن تفسير ذلك بأن الذهانين ولبعدهم عن الواقع لا يرون الأشياء بصورة حقيقية. ووجدت AmesI (1971) أن ش+ % تكون منخفضة عند الأطفال الصغار وتزداد بتقدم سن الطفل.

ب - الحركة Movement

تدل تقديرات الحركة على ثراء الحياة الداخلية وقدرته على الابتكار. وعادة ما يتأثر إعطاء استجابة حركية بالحالة الانفعالية للشخص، فالاكثابيون يعطون استجابات حركة أقل من المجموعات المرضية الأخرى.

كما أثبتت كثير من الدراسات وجود علاقة موجبه بين الذكاء وإنتاج استجابة حركية (Exner 1974) وبما أن الاستجابة الحركية تتأثر بذكاء الفرد فعادة ما تكون

هناك رابطة موجبة بين عدد الاستجابات الحركية والاستجابات الكلية والاستجابات الأصلية Original Responses، فقد سجل شولمان Schutman ارتباطا موجبا بين الاستجابة الحركية والقدرة على التفكير التجريدى Abstract thinking ، كما تعد الاستجابة الحركية مؤشرا للابتكار Creativity فقد وجد ارتباطا موجبا بين الاستجابة الحركية والمهارة الفنية Artistic talent (Dana 1969, Hersch 1962).

كما وجد ديدك (Dudeck) (١٩٦٨) أن الأشخاص الذين أعطوا استجابات حركية كثيرة استطاعوا التعبير عن أنفسهم بسهولة وبطريقة ابتكارية فى قصص اختبار نفهم الموضوع (TAT) (انظر Exner 1974).

وفى دراسة حديثة لقياس التحسن فى العلاج بواسطة الرورشاخ على أشخاص يعانون من التهتمة وجد شيهان وتانكا Sheehan & Tanka (١٩٨١) أن العينة الأكثر تحسنا أعطت نسبة أكبر بدرجة ذات دلالة فى الاستجابات الحركية.

وعادة ما تشتمل استجابات الراشد على اختبار الروشاخ على ثلاث استجابات حركية.

وقد وجدت آميز Ames (١٩٧١) أن نسبة الاستجابات الحركية منخفض لدى الأطفال الصغار ويزداد مع بلوغ الطفل العاشرة.

ويختلف تفسير استجابات الحركة تبعا لاختلاف النشاط النفسى المؤثر ليها، فالحركة التى تتضمن محتوى عدوانيا غير تلك التى تتضمن التكلف والتعاون مثلا.

ج - الاستجابات اللونية (Color Responses)

تقدر عندما يستخدم اللون بوضوح فى المفهوم المرئى وقد ربط رورشاخ استجابات اللون بالواقع الانفعالى للشخص وكيفية مواجهته له.

كما أنها ترتبط بمدى قدرة الفرد على الاستجابة بمنبهات البيئة، فقد وجد مان Mann (١٩٥٦) علاقة موجبه بين الكلمات المتصلة بالبيئة فى اختبار التداعى الحر وعدد الاستجابات اللونية على اختبار الرورشاخ. وغالبا ما يتم ذكر اللون

المرتبطة بالشكل المحدد وتقدر الاستجابة (ش ل) وتدل على تحكم أكثر في الناحية الانفعالية من محاولة إسترجاع الشكل بعد ذكر لونه (ل ش)، أما استجابات اللون الخالص مثل (دم) فغالبا ما تدل على انفعالية لم يتم السيطرة عليها.

أما تسمية اللون مثل (هذا أحمر) فهي محاولة تجنب الموقف الانفعالي وتناوله بصورة غير واقعية كما وأنها استجابة غير ناضجة وترتبط بصغار السن أو بالحالات الباثولوجية. (جلال ١٩٦٥).

وتكاد تختفى الاستجابات اللونية عند الاكتتابيين بينما تزداد الاستجابات اللونية عندهم (Schlesinger 1980).

أما نسبة استجابات الشكل اللونية ش ل % فإن انخفاضها يعد مؤشرا للاختلالات الانفعالية: ففي إحدى الدراسات كان متوسط ش ل % لكل الحالات المرضية أقل بنسبة دالة من مجموعة غير المرضى وهي نفس النتيجة التي توصل لها كثيرون من قبل. (Bodin & Pikunas 1983).

د - استجابات الظلال:

وهي الاستجابات التي تتضمن الظلال للمساحات السوداء والرمادية. ولم يذكرها رورشاخ في كتابه (التشخيص النفسى) على الرغم من أنه لاحظها واستخدمها في إحدى الحالات التي نشرها أوبرهولزر بعد وفاته.

وقد كان بندر Binder ١٩٣٢ أول من قدم مدخلا لتقدير الظلال ومن دراسته التحليلية توصل إلى نوعين من الاستجابات: الاستجابات السطحية التي تعتمد على عدد من الظلال الفردية المنفصلة وما تحدثه من أشكال، والاستجابات التي تعتمد على الانطباع الكلى للتظليل وما يحدثه من تأثير في نفس الفرد.

ومن بعد أدخل المشتغلون بالرورشاخ أمثال "بيك" و "كلوففر" طرقا أخرى لتقدير الأنواع المختلفة من استجابات الظلال.

وعموما فقد افترض أن استجابة الظلال تدل على القلق وقد أيدت كثير من الدراسات هذا الفرض، ففي دراسة على مدمني الخمر Alcoholics باعتبارهم أكثر قلقا سجلوا نسبة عالية من استجابات الظلال.

كما وجد ارتفاع ذو دلالة فى استجابة الظلال بعد التعرض لموقف انفعالى. وقد سجل لييو Lebo (١٩٦٠) انخفاضاً فى نسبة استجابة الظلال لمجموعة المصابين بالقلق الشديد بعد العلاج مقارنة بالمجموعة التى لم تعالَ انظر (Exner 1974).

ثالثاً: المحتوى Content

إن تقديرات المحتوى تكشف الرغبات والاهتمامات والتفاعلات الاجتماعية للفرد.

والاستجابات ذات المحتوى الحيوانى والانسانى هى التى تظهر أكثر من غيرها لذلك لم يضع رورشاخ تصنيفاً للمحتويات الأخرى وجمعها فى مجموعة واحدة Objects.

تقدر الاستجابات الانسانية اذا رأى أى شكل انسان أو شبيه بالانسان مثل ساحر، عملاق - ملاك.

وتقدر جزء انسان إذ رأى أى جزء من أجزاء الانسان عدا الاستجابات التشريحية أو الجنسية.

وأثبتت الدراسات أن تقديرات المحتوى الحيوانى تمثل المجموعة الأكبر من الاستجابات - حوالى ٤٨ ٪ منها.

كما وجدت "أمر" أن حوالى نصف استجابات الأطفال استجابات حيوان أو أجزاء حيوان.

وقد رأى كل من "كلوبفر" و "بيك" أن الزيادة الكبيرة في عدد الاستجابات الحيوانية تدل على القصور المعرفي أو الاختلال الانفعالي، وعادة ما يعطى الاكتئابيون عددا أكثر من الاستجابات الحيوانية بينما تكون النسبة منخفضة عند مرض الهوس (Kuhn 1963).

أما بالنسبة للاستجابات ذات المحتوى الإنساني فقد وجدت "آمز" أنها تزداد تبعا لتقدم سن الطفل حتى تصل نسبتها إلى ١٨٪ عند سن العاشرة. كما وجد بيك Beck (١٩٤٧) نسبة حوالي ١٧٪ استجابات ذات محتوى إنساني عند البالغين وعادة ما تكون نسبة الاستجابات الحيوانية إلى الإنسانية ١:٢.

أما بالنسبة للمجموعات المرضية فقد وجد أن نسبة الاستجابات الإنسانية تكون منخفضة عند القساميين.

وفي إحدى الدراسات الحديثة عن استجابات الإنسان - على ضوء ثلاثة أبعاد في مفهوم بلات Blatt لمقاييس الأشياء - Content - Differentiation - Accuracy تبين أن التحليل الموضوعي لعلائق الأشياء يمكن أن يكشف عن مفهوم الذات وعلاقتها بالآخرين والذي يعتبر جانبا هاما في مسألة نمو الشخصية.

كما يمكن أن يساعد في التمييز بين المجموعات التشخيصية (Lerner and Perer 1984).

ومن استجابات المحتوى أيضا والتي تظهر بتكرار ملحوظ الاستجابات التشريحية Anatomy Responses وغالبا ما تظهر أكثر عند المهتمين أو الدارسين لهذا الجانب.

كما وجد أن السيکوسوماتيين - يميلون لاعطاء استجابات تشريحية كثيرة (Wagner & Williams 1975) كما أن هنالك استجابات عن الجغرافيا والنباتات الطبيعية وتقول بعض الفروض أنها ترتبط بالسلبية وعدم النضج.

كما توجد استجابات عن الدم وعن الجنس غالبا ما تظهر بكثرة عند المجموعات المرضية خاصة القساميين.

وعموما فان الاستجابات ذات المحتوى المختلف تشير إلى تنوع اهتمامات الفرد وربما تكشف عن ميولهم المهنية ومدى مرونتهم وقدرتهم المعرفية. وقد وجدت علاقة موجبة بين تنوع محتوى الاستجابات والذكاء (Pauker 1963).

ومع ذلك وعند تفسير الاستجابات لا يكون للمحتوى المعين معنى خاصا بالشخصية أو الحالة المرضية ألا في ضوء الرؤية الكلية لكل استجابات المحتوى وفوق ذلك للتفسير المتكامل للأنواع الأخرى من الاستجابات.

رابعا: **الاستجابات الشائعة Popular Responses والاستجابات الاصلية Original Responses:**

١. **الاستجابات الشائعة:**

تعكس المقدرة على رؤية الأجزاء العامة في البطاقة والتي يراها معظم الناس. وتعكس كيف الفرد مع الحياة من حوله ومدى مشاركته للآخرين، وعليه فقد تختلف الاستجابات الشائعة باختلاف الثقافات والبيئات المختلفة.

ويرى رورشاخ أن الاستجابة تعتبر شائعة اذا وردت مرة في كل ثلاثة تقارير عادية ولا بد أن تكون ذات شكل جيد وقد وجدت "آمز" أن الاستجابات الشائعة تزيد بازدياد عمر الطفل ويستطيع المراهق اعطاء من ٥-٨ استجابات شائعة ومن المتوقع أن يتضمن تقرير الشخص العادي في نكاته حوالي ٢٠٪ استجابات مألوفة.

أما اذا قلت أو انعدمت الاستجابات الشائعة فهناك احتمال وجود حالة مرضية أو حالة ابتعاد الفرد عن البيئة والواقع الاجتماعي كما عند السيكيوباتيين

٢. **الاستجابات الأصلية:**

تشير إلى نوع فريد ومتميز من التفكير، يدل على قدرة الفرد على استنباط وإدراك علاقات جديدة بين الأشياء. ويشترط أن يكون الشكل بجانب أصلته جيدا، وعادة ما تكون العلاقة بين الاستجابات المألوفة والأصيلة علاقة عكسية.

ويتطلب الحصول على الاستجابات المبكرة تطبيق الاختبار على مجموعات كبيرة ومتباينة من الأفراد.

وبالإضافة إلى هذه الجوانب الأربعة التي يتم تقدير الاستجابات على ضوءها فإن هناك جوانب أخرى يتم حسابها عند تقدير الاستجابات ومن أهمها عدد الاستجابات، زمن الرجوع.

أ - عدد الاستجابات:

وجد رورشاخ أن الشخص العادى يعطى عادة من ١٥-٣٠ استجابة كما وجد اكسندر حوالي ١٧-٢٧ استجابة.

وقد ذكر اكسندر (١٩٧٤) أن قلة الاستجابات ربما كان نتيجة للضعف العقلى أو الاكتئاب.

وعادة ما يعطى الاكتئابيون عددا من الاستجابات أقل من المتوسط عكس مرض الهوس الذين يعطون عددا كبيرا من الاستجابات.

أما الفصامين خاصة فى حالة الكف العقلى فإنهم يعطون استجابات أقل من العشرة أو يتوقفون فجأة عن الاستجابة بعد أن يكونوا قد استجابوا لبطاقات أكثر صعوبة.

ب - زمن للرجع Reaction Time

عادة ما يكون قصيرا بالنسبة للبطاقات ٣، ٥ وأطول للبطاقات ٦، ٩.

وعادة ما يستجيب الأطفال ومرضى الهوس فى زمن رجع أقصر مما يستجيب به الاكتئابيون ومرضى الوسواس وأمراض المخ ومرضى الصرع.

ويعطى الفصاميون زمن رجع أقصر من كل المجموعات السابقة خاصة للبطاقات الملونة.

وإذا زاد زمن الرجوع للبطاقات الملونة على زمن الرجوع للبطاقات غير الملونة عن عشر ثوانٍ دل ذلك على أن الفرد يضطرب للمنبهات الانفعالية الحادة.

طريقة تطبيق اختبار الورشاخ:

هناك عوامل كثيرة لابد من مراعاتها عند اعداد المفحوص لتطبيق الورشاخ وهي:

١- تهيئة الشعور بالراحة والاطمئنان للمفحوص وخلق جو يبعث على الاسترخاء.

٢- اعداد جلسة الفاحص والمفحوص وأدوات الاختبار.

وقد رأى "اكسندر" أنه من المستحسن أن يتمكن كل من الفاحص والمفحوص من رؤية البطاقات معا أثناء اجراء الاختبار لذلك كانت الجلسة المفضلة هي أن يجلس الفاحص بجوار المفحوص وإلى الخلف قليلا.

والأدوات الأساسية لتطبيق الورشاخ هي:

أ - بطاقات الورشاخ العشر على منفذة الفحص ويفضل أن تكون مقبولة بترتيبها الصحيح.

ب - مصور المكان Location Chart وتوجد بها أشكال البطاقات العشر وذلك لتحديد المساحات التي استخدمها المفحوص في مفاهيمه.

ج - ورق مسطر لتسجيل الاستجابات وقلم حبر أو رصاص.

د - ساعة توقيت أو ساعة لها عقرب ثواني لحساب زمن الرجوع.

٣- التعليمات الأولية للمفحوص: رأى اكسندر أن المقننة "عند اجراء الاختبار هي الصيغة التي استخدمها ورشاخ وكذلك "كلوبفر" وهي، أن يتبع تقديم البطاقة الأولى سؤال المفحوص: "ماذا يمكن أن تكون هذه؟"

وبالطبع يسبق ذلك تهيئة المفحوص للاختبار خاصة اذا كان الرورشاخ هو الاختبار الوحيد الذى سيطبق عليه.. وعموما فان التعليمات تختلف تبعا للسن والخبرة والاطار الثقافى واللغة والطريقة التى يتسطيع المفحوص فهمها.

وقد يوجه بعض المفحوصين أسئلة تدور حول عدد الاجابات أو امكانية ادارة البطاقات، فيجب أن يكون الرد على مثل تلك الأسئلة بصيغة عامة (الأمر متروك لك تماما).

وقد اتفق معظم علماء الرورشاخ على تشجيع المفحوص اذا أعطى استجابة واحدة فقط خاصة فى البطاقة الأولى وذلك بأن يقال له مثلا "يرى بعض الناس أكثر من شئ واحد فى البطاقات فاذا فعلت فأخبرنى".

مراحل أداء الاختبار:

١- مرحلة التداعى الحر Free Association

ويعطى فيها المفحوص الفرصة كاملة للتعبير عن استجابته للبطاقات تلقائيا متى ما أمكن ذلك دون أى ضغط أو توجيه من جانب الفاحص، وتسجل الاستجابات كلمة كلمة ويمكن أن تكتب بطريقة اختزالية.

وتعمل أرقاما متسلسلة لاستجابات لكل بطاقة حتى يسهل الحصول على العدد الكلى للاستجابات، ويسجل زمن الرجوع وهو الزمن المنقضى من وقت رؤية المفحوص للشكل إلى وقت اعطاء الاستجابة الأولى، كما يسجل الزمن الكلى الذى استغرقته الاستجابات فى كل بطاقة، ومن ثم حساب الزمن الذى استغرقه المفحوص لأداء كل الاختبار.

٢- مرحلة التحقيق Inquiry

والهدف من التحقيق هو الحصول من المفحوص على بعض المعلومات التى تتعلق بالكيفية التى رأى بها مفاهيمه مثل: توضيح مكان الاستجابة، والعوامل

المحددة للاستجابة: ما اذا كان اللون أم الشكل أم الحركة أم الظلال، وكل ذلك يمكن أن يفيد في أن يكون تقدير الاستجابة دقيقاً.

غير أن رورشاخ لم يذكر عملية التحقيق لكنه أشار إلى أهمية توضيح مكان الاستجابة وكذلك توضيح ما اذا تدخل عمل الحركة أو اللون في الاستجابة.

وعادة ما يبدأ التحقيق بأن يقول الفاحص للمفحوص "لقد رأيت كل البطاقات وأعطيت استجاباتك، والآن سنمر عليها معا لأؤكد من رؤيتي لها بنفس الطريقة التي رأيته بها".

ويجمع كل من "بيك" و "هيرتز" و "كلوففر" و "بتروفسكي" على "أن التحقيق يبدأ بعد الانتهاء من عملية التداعي الحر وبيدأ بالبطاقة العاشرة ثم التاسعة حتى ينتهي إلى الأولى، أما "رابابورت" و "وشافر" فيبدأ عندهما التحقيق بعد الانتهاء من الاستجابة للبطاقة مباشرة.

وقد ترد استجابات اضافية أثناء التحقيق ويذهب "بيك" إلى تسجيل هذه الاستجابات الاضافية ولكن لا تدخل في عملية التقدير. غير أن البعض الآخر من أمثال "كلوففر" يرى تسجيل الاستجابات الاضافية وتقديرها.

٣. مرحلة التقدير (Scoring)

لاتقابل معنى كلمة تقدير أو تصحيح (Score معناها المستخدم في علم النفس القياسي، والذي يحمل معنى الحساب والجمع، واستخدام استجابات صواب مقابل استجابات خطأ... إلى غيره من العمليات القياسية والتي لا يمكن تطبيقها تماماً على سجل الرورشاخ (Exnery 1974)

وكان رورشاخ يرمز لكل نمط من أنماط الاستجابة برمز خاص، غالباً ما يمثل الحرف أو الحروف الأولى من الكلمة التي تصف نمط الاستجابة، والتي تمثل مكوناً من مكونات الاختبار، فمثلاً استجابة كلية Whole reponse يرمز لها بالرمز (W). وتدرج الاستجابات التي تتماثل في أحد الخصائص الجوهرية في فئة للتقدير واحدة.

وقد اختلفت وجهات النظر فيها يختص بمعانى الرموز بين علماء
الرورشاخ. ولكن هذه الاختلافات لاتمس الاساسيات التى يبنى عليها تحليل المدرك
وكثيرا ما تتصل تلك الخلاقات برموز التقدير أكثر من اتصالها بالمعنى النفسى لهذه
الرموز. (غنيم ويزاده ١٩٧٥).

أما طريقة تقدير الاستجابات والمبنية على أربعة عناصر هى المكان،
والمحددات، والمحتوى، والشائع والمبتكر، فقد تم ذكرها بالتفصيل فى سياق الحديث
عن الدلالات المتعلقة بها.

وبعد لانتهاء من عملية تقدير الاستجابات نوضع البيانات فى شكل ملخص
كمى quantitative.

ويكون من المفيد جمع عدد الاستجابات ويجاد المتوسط والنسب المئوية لكل
نوع من أنواع الفئات وحساب زمن الرجوع.

٤. مرحلة التفسير Interpretation:

بعد عملية التقدير تأتى مرحلة تفسير الاستجابات وهى عملية صعبة ومعقدة
تتطلب مهارة خاصة والماما بنظريات الشخصية وخبرة بالامراض النفسية المختلفة
بالاضافة للمعرفة التامة بطريقة الرورشاخ نفسها.

ويأخذ خبير الرورشاخ نتائج الاختبار بصورة متكاملة ويرصد طريقة أداء
المفحوص وسلوكه أثناء أداء الاختبار ومع ذلك لا يأخذ نتائج الاختبار كمسلمات
نهائية بقدر ما تساعد تلك النتائج فى وضع فروض يمكن التأكد من مصداقيتها من
مصادر أخرى على ضوء الحالة المعنية.

الباب الثالث

الأمراض النفسية والعلاج النفسي

الفصل العاشر : الأمراض النفسية.

الفصل الحادي عشر : العلاج النفسي.

الفصل العاشر

الأمراض النفسية

تعريف المرض النفسي

المرض النفسي Mental illness اضطراب وظيفي في الشخصية يرجع الى الخبرات المؤلمة والصدمات الانفعالية أو اضطرابات الفرد مع البيئة الاجتماعية التي يتفاعل معها سواء في الماضي أو الحاضر (فهمي : ١٩٦٧) .. ويعرف زهران (١٩٧٤) المرض النفسي بأنه اضطراب وظيفي في الشخصية نفسى المنشأ، يبدو في صورة أعراض نفسية وجسمية مختلفة ويؤثر في سلوك الفرد فيعوق توافقه النفسي، ويعوقه عن ممارسة حياته السوية في المجتمع الذي يعيش فيه.

وتقسم الأمراض النفسية إلى : اضطرابات وظيفية ، واضطرابات عضوية .. الاضطرابات الوظيفية : تشمل قطاعا عريضا من الحالات ، التي يمكن أن نرى فيها أن مشكلات الشخص هي نتيجة للتألم والتكيف مع صعوبات الحياة وإذا استمرت تلك المشكلات على مدى سنوات فربما يحدث للشخصية مكونات عصابية طويلة الأمد وبالتالي يكون رد فعل الشخص لمصاعب الحياة أقل من الشخصية المتوافقة توافقا حسنا حيث أن الناس يختلفون في إستجاباتهم لمواقف الضغط.

وعلى نحو تقليدي ، فإن الذهان الوظيفي لأنواع الفصام والاضطرابات العاطفية (الاكتئاب -الهوس) يعتقد أنها ترجع إلى شذوذ فسيولوجي أساسي ، ومن المحتمل أن يكون من النوع الكيميائي الحيوي . إن مصطلح "وظيفي" يشير ببساطة إلى أنه في حالة الذهان لا يوجد أي سبب عضوي-مثلا هو الحال في إعطى الكحوليات أو ذهان المواد السامة الأخرى . إن بعض علماء النفس قد جادلوا بشدة حول مسببات الذهان الوظيفي بأنها في الحقيقة نفسية وليست فسيولوجية . أما الحالات "العضوية" فهي تلك التي يوجد فيها ارتباط مباشر بين الشذوذ النفسي

وحالة عضوية وهى تشمل مدى واسع من الأسباب مثل إصابات المخ ، الأورام الخبيثة بالمخ والعديد من حالات التسمم، الأمراض المعدية، الاضطرابات العصبية، اضطرابات الغدد وهكذا.

ويجب ملاحظة أن المجموعات المتداخلة والمتشابهة من الاضطراب العقلى والجنوح ، بالرغم من كونها الى حد كبير وظيفية، كما فى العصاب، فلايستبعد بالضرورة العوامل الفسيولوجية . وبالطبع تلك العوامل العضوية تكون أحيانا ذات أهمية أساسية . كما يجب أن نلاحظ مقدما أنه بالرغم من أن الإدمان بطبيعته فسيولوجى فإنه توجد مكونات نفسية قوية . فالإغراء الأولى لكى ينغمس الفرد فى الإدمان من الممكن أن يرتبط بعوامل نفسية.

كذلك فإن المشكلات فى السلوك الجنسى متنوعة ومن الممكن أن يكون لها أساس بيولوجى ولكن من الواضح أنها أصبحت مرتبطة بقوة بأسلوب الحياة العام للشخص وتكيفه . ومريض الفصام الذى لا يستجيب بطريقة جيدة لمركبات "الفينوثازين" ويلقى إهتماما قليلا أو يكون معدوم الأسرة ربما يصبح نزيل دائم فى مستشفى للأمراض العقلية.. إن مثل تلك الحالات الإجتماعية طويلة الأمد سوف تؤدى إلى نتائج سلوكية معينة بغض النظر عن المرض الأسمى ، وبالتالي تكون هناك حاجة لأن نأخذ بعين الاعتبار وضع المرضى المزمنين أو المصابين بأمراض عقلية لفترات طويلة تحت الملاحظة.

وبالرغم من أن السلوك غير السوى عند الأطفال ربما يكون لها نظير عند البالغين فلايد أن نضع نقاطا أساسية واضحة للاختلاف بينهما، فالأطفال فى نمو مستمر طوال الوقت كما أن بيئتهم وخصوصا الأسرة هى دائما ذات أهمية فى تفسير سلوكهم فى أى وقت.

إن الحالات غير السوية التى لها أساس عضوى من الممكن أن تنشأ من العديد من الأسباب ولكن بعضها مثل (عته الشيخوخة) لها أهمية خاصة بسبب قسوتها وكثرتها ونظرا لأن العدد الكبير من الحالات وهى نسبة متزايدة من الناس

كبار السن فإن الخدمات يجب أن تقدم للأمراض العقلية فى نطاق المرحلة العمرية.

ويوجد العديد من جوانب السلوك غير السوى الذى له أهمية خاصة فى العمل الإكلينيكي، فالإنتحار والمحاولات الإنتحارية ربما لاتكون مرتبطة بالإكتئاب، وليس كل المكتئبين يرغبون فى الإنتحار. كما أنه يجب أن نجذب الإنتباه لظواهر هامة فى السلوك غير السوى مثل الهلوس والهذيان.

أهم الإضطرابات الوظيفية للسلوك:

١- الذهان الوظيفي :

- الفصام.

- الإضطرابات العاطفية.

٢ - العصاب:

- الإكتئاب.

- حالات القلق.

- المخاوف المرضية.

- الهستيريا.

- الوسواس القهري

٣ - الإضطرابات الإجتماعية:

- السيكوپاتية (الشخصية المضادة للمجتمع).

- الجنوح.

- الإلمان.

أهم الإضطرابات العضوية

١ - حالات التسمم.

٢ - أثر الإلمان (مثل ذهان الكحول)

٣ - الأمراض المعدية (مثل الزهري ، إلتهاب السحايا)

٤ - أورام المخ.

٥ - تصلب الأنسجة.

٦ - الصرع.

وسوف نتناول فيما يلى أهم أعراض الاضطرابات الوظيفية.

الأمراض الذهانية

الذهان Psychosis هو اضطراب عقلى خطير، وخلل شامل فى الشخصية يجعل السلوك العام للمريض مضطربا ويعوق نشاطه الاجتماعى (زهران : ١٩٧٤)

يوجد بين الاضطرابات النفسية الوظيفية ، إختلاف أساسى يميز بين الأمراض الذهانية عن العصبانية هو فقدان الإتصال بالواقع ونقص إستبصار الفرد الذاتى بمشكلاته، ومثل تلك السمات المميزة تكون عرضة للعديد من النقد من قبل أفراد المجتمع.. فعلى سبيل المثال لايستطيع المصابون بالفصام الأذكاء أن يشخصوا حالتهم قبل الذهاب إلى طبيب نفسى، والمصاب بالهستيريا العصبانية ربما يكون غير واعى أن شكواه الجسمية هى فى الأصل نفسية ، وسوف يرفض هذا الإقتراح بقوة .

ويرى عكاشة (١٩٨٠) أن أهم الخصائص المميزة للأمراض الذهانية:

- ١ - اضطراب واضح فى السلوك بعيدا عن طبيعة الفرد من انطواء ، انعزال، إهمال فى الذات والعمل، والاهتمام بأشياء بعيدة عن طبيعته الأصلية.
- ٢ - تغير الشخصية الأصلية ، واكتساب عادات وتقاليد وسلوك يختلف عن الشخصية الأولى.

٣ - تشوش فى محتوى ومجرى التفكير ، وأسلوب التعبير عنه.

٤ - تغير الوجدان عن سابق أمره.

٥ - عدم استبصار المريض بعقلته، فلا يشعر بمرضه وأحيانا يرفضه اعتقادا منه أنه لايعانى من أى مرض.

٦ - اضطراب فى الإدراك مع وجود الضلالات والهلاوس.

٧ - البعد عن الواقع والتعلق بحياة منشؤها اضطراب تفكيره.

ويعرض موبن (١٩٧٩) الخصائص التالية باعتبار أن أغلب الذهانيين يشتركون فيها وهي:

١ - أعراض يبلغ من خطورتها أن يخل التوافق الاجتماعي والعقلي والمهني الى حد ملحوظ.

٢ - اضطراب عميق في القدرة على تقدير الواقع والإنفكاك منه.

٣ - انعدام استبصار الفرد بالحالة المرضية أو الباثولوجية التي هو عليها.

٤ - انحلال الشخصية أعنى تفكك الشخصية نتيجة للجهد والضغط الهائلة.

٥ - السلوك الذي يجر الأذى على صاحبه أو الذي يكون خطرا على الآخرين.

٦ - المرض الذي يبلغ حدا من الشدة يستوجب العلاج بالمؤسسات.

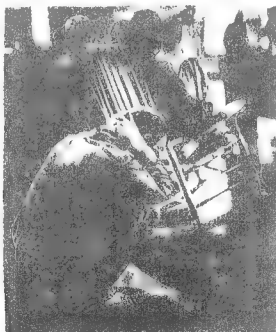
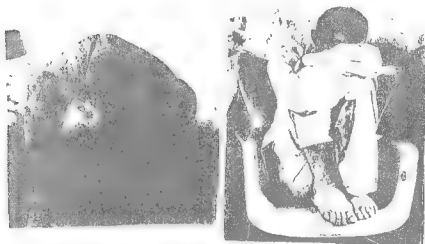
أما الأمراض الذهانية الوظيفية نفسها فتقسم إلى الإضطرابات الفصامية، الإضطرابات العاطفية.

١ - الفصام Schizophrenia

هو مرض ذهاني يتميز بمجموعة من الأعراض النفسية والعقلية التي تؤدي إن لم تعالج في بدء الأمر الى اضطراب وتدهور في الشخصية والسلوك .. وأهم الأعراض اضطرابات التفكير، والوجدان، والادراك، والارادة، والسلوك..

ويعتبر إضطراب التفكير من أهم السمات الأساسية في الفصام ومن الممكن أن تظهر تلك السمة بالتحديد في عدة أعراض مثل الغموض، ضعف التركيز، تكثف التفكير، ضغط التفكير واضطراب التعبير عن الأفكار، واضطراب محتوى التفكير، وقلة الترابط بين الأفكار وصعوبة إيجاد المعنى بسهولة. وبالإضافة إلى الإضطرابات المعرفية للتفكير وامتزاج الواقع بالخيال، كما توجد إضطرابات وجدانية مثل التبدل، وعدم التجاوب الإفعالي، تضارب المشاعر، إضطرابات الإرادة السلبية، وإضطرابات حركية، فهناك نقص وإنسحاب عن التفاعل الطبيعي للإنسان. ويكون مفهوم الذات ومشاعر الهوية الشخصية ضعيفا .. والشخص المريض بالفصام ربما يجد صعاباً في تمييز نفسه عن الآخرين وفي التمييز بين الماضي والحاضر، وربما

تظهر الأعراض الكتاتونية مثل الغيبوبة والهياج . كما أن الأوهام والضلالات ومنها:
 ضلالات الاضطهاد ، وضلالات العظمة، وضلالات توهم العلل البدنية من الممكن
 أن تتطور أو تظهر فجأة مع إحساس غامر بالإقتناع. كما أن الهلوس تحدث في
 أشكال حسية مختلفة كالهالوس البصرية والشميه والسمعية ، لكن الهالوس السمعية
 لأصوات تتكلم هي من أهم سمات هذا المرض .



صور بعض الاضطرابات السلوكية لدى مريض الفصام

ومن الناحية الكلاسيكية فإن الفصام كان ينقسم إلى أربع مجموعات فرعية : الفصام البسيط، الفصام الهيبوفرينى، الفصام الكتاتونى، فصام البارانويا. ومن الناحية العملية اليوم فإن الاستعمال الشائع هو ذلك للتقسيم البارانويا، اللابرانويا.

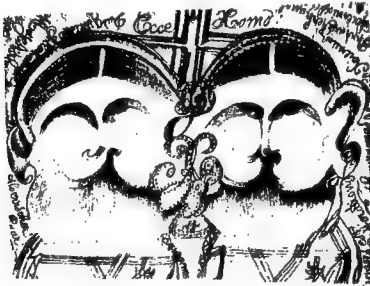
لقد أثر كريپيلين kraepeline فى العديد من الذين بحثوا ليطوروا من الأفكار فى مرض الفصام خاصة إيجين بلويلر Eugen Brealer شيندر schneider ، ماير جروس MayerGross ، انخ فليدت Langfeldt. ولقد صاغ " بلويلر Bleuler " فى عام ١٩١١ مصطلح الفصام Schizphrenia كما يلى : "هو عمليات انشقاق ذات أهمية أساسية فى الإضطرابات". ويجب أن نلاحظ أن تلك الانشقاقات كان يعتقد أنها عمليات معقدة مركبة خصوصا تشقق وانقسام مناطق التفكير، والوجدان. ولقد قام " بلويلر " بالتمييز بين ما كان يدعى الأعراض الثانوية مثل (الأوهام والضلالات، للهالوس) والأعراض الكتاتونية، الأعراض الأساسية مثل التوحد والتقمص، الإزدواجية والتناقض، والإضطرابات الوجدانية. وبالإضافة إلى هذا التمييز (الأساسى الثانوى) قدم الأعراض الأولية مثل إضطرابات التفكير، أما الأعراض الثانوية ^{١٠} _{١١} تعكس محاولات التكيف للإضطرابات الأولية وآثارها.

ولقد كان " شيندر Schneider " أكثر إهتماما بقواعد التشخيص أكثر من أن يوسع أو يطور نظرية للمرض . فلقد وصف ما اعتبره أول فئتان للأعراض وهما يشملان العديد من الهالوس والضلالات والتي تعتبر من مسلمات التشخيص. وهذه تشمل ثلاثة أنواع من الهالوس السمعية : سماع أفكار الفرد عالية، سماع أصوات تتحدث مع بعضها البعض، سماع أصوات تعطى تعليقات سريعة خاطفة على سلوك الفرد.

إنه لمن الضرورى بالطبع أن تستخدم كلمة فصام بدقة وليس على نحو طليق. إن علماء النفس قد ^{١٢} وصفوا كل ما اعتقدوه على هذا النحو وحاولوا أن يوضحوا السمات الأساسية الضرورية للحالة. ولكن أخيرا الذاتية ومهارات المقابلة

الفردية تؤثر بطريقة حتمية على الحكم النهائي اذا ما كان الشخص يعاني من الفصام أم لا.

إن بعض العلماء يعتقدون أن عدم الوضوح في حدود الأنا مع ضياع خبرة الذات لها أهمية أساسية في مرض الفصام .. ولقد بدأت تلك الأفكار مع علماء النفس التحليليين مثل بول فيدرن . Paul Federn وعلى نحو موضوعي ومن وجهة نظر هؤلاء العلماء فإن المصابين بالفصام يجدون صعوبة في معرفة أين يبدأون وينتهون . وبالتالي ترتبط المشكلة بتطور نمو الذات وصورة الجسم في مرحلة الطفولة المبكرة . إن خبرات العديد من الفصامين يمكن أن ترى على أنها نتيجة لضياع وفقدان النصب الشخصي، فالمريض ربما يشعر أن أفكاره ليست أفكاره ومثل تلك الخبرات السلبية ربما تصبح أوهام مضللة . وبالرغم من أن تلك الخبرات تعتبر فصام فإن هناك أعراضا تكاد تشبهها تقع في (الانفصام). تلك هي خبرات الإدراك الخارج عن نطاق الإدراك الحسى العادى (الوحى أو الكشف) ولكن فى مثل هذه الحالات لا تعتبر فقدان تلك الخبرات أكثر أو أقل قبولاً من الناحية الاجتماعية ولكن أيضا تحدث لشخصية عادية سوية .



الهلاوس البصرية عند مريض الفصام

العلاج : إن الأغلبية الواسعة لمرضى الفصام يعالجون (بالأدوية المهندنة مثل الفينوثازين) كمرضى يعالجون خارج المستشفيات أو إذا تطلبت حالاتهم الإقامة بالمستشفى ثم يخرجون . يلاحظ أن معظم مرضى المستشفيات العقلية هم من المصابين بالفصام حيث أن الأقلية من مرضى الفصام أصبحوا مرضى مزمنين وذلك غير ممكن وغير شائع في الحالات الأخرى . إن الفصام حالة تظهر عادة في فترة المراهقة أو لدى الراشدين صغار السن . كما أنها شائعة في متوسط العمر وعند ذلك تكون من أنواع الأوهام والضلالات وأنواع البارانويا . وتقترح العديد من الدراسات أن نسبة حوالى ١٪ من سكان العالم ربما يتوقع لهم أن يعانون من مثل تلك الإضطرابات خلال حياتهم . كما يضاف الى العلاج بالعقاقير العلاج بغيروية الأنسولين، والعلاج بالصدمات الكهربائية والعلاج بالجراحة.. ومن ناحية أخرى فيجب التدخل بالعلاج الوقائي الذي يهدف الى منع المهيئين وراثيا من الزواج من بعضهم، وهناك علاج نفسى يركز على إيجاد علاقة انفعالية ايجابية مع المريض وتشجيعه ومحاولة فهم مشكلاته وصراعاته واعطائه الثقة فى نفسه وابعاده عن حالة العزلة وخاصة فى دور النقاهة وابعاده عن النكسة.. كما أن هناك علاج اجتماعى ومهنى وسلوكى يركز على عائلة المريض ومحيطه الاجتماعى .

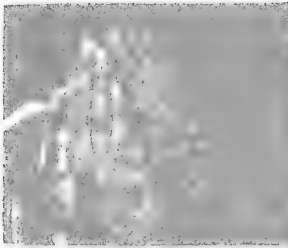
٢ - الإضطرابات الوجدانية Affective disorders :

إن الاضطرابات الوجدانية يكون الإضطراب الأساسى فيها الإحساس ما بين الطرفين أو النقيضين : المرح الحزن . ومن الناحية التاريخية فإن الإضطرابات الوجدانية عرفت من فترات طويلة وهى تنتج من السودادية التى تظلم الروح . واعتقد كريبلين أنها باطنية قطبية بينما اعتبر فرويد (للحزن والسوداوية) تحدد نفسيا.. أما سبيتر وبولبي Spits & Bowlby فيؤكدان على أهمية الحرمان من الأم فى فترة الطفولة كسبب مبكر للإكتئاب . وفى السنوات الأخيرة اقترح بيك وآخرون Beck, et al أن للنواحى المعرفية للإكتئاب من الممكن أن تكون أكثر أهمية عما كانوا يعتقدون فى الماضى. إن الإكتئاب ربما ينتج من إدراك العالم بطريقة سلبية

وغير ملائمة وذلك هو عكس الاعتقاد الشائع من أن مشاعر الاكتئاب تنتج خصائص سلبية في الأفكار والشخصية.

ويحدد سوين (١٩٧٩) الملامح التالية كخصائص مميزة لذهان الهوس والاكتئاب:

- ١ - تكرار وقوع فترات الاضطراب المزاجي، وبعض المرضى تظهر عليهم فترات من الانشراح فقط ، على حين أن غيرهم تبدو عليهم الأعراض التقليدية من التبادل الدوري بين الانشراح والاكتئاب.
- ٢ - فترات الاضطراب سرعان ما تنتهى بعد العلاج أو بدونه أما استجابات الهوس فتقطع شوطها في نحو ثلاثة شهور ، على حين تمكث استجابات الاكتئاب نحو تسعة شهور قبل أن تتحسر.
- ٣ - فيما بين فترات الاضطراب يعيش المريض حياة غير مضطربة سوية في جوهرها، وفي فترات المواء هذه قد تطول الفترة تصل الى عشرات السنين.
- ٤ - الاضطراب في جوهره انفعالي أى أن التدهور العقلي لايقع.
- ٥ - العمليات الفكرية تتعطل بسبب هروب الأفكار أو طيرانها في حالة الهوس، وبسبب نباطئها عندالاكتئاب.
- ٦ - الهذات شائعة عامة منتشرة : فعند الهوس تتمشى الهذات مع حالة الانشراح والمرح الشديد والانطلاق أو الانتشار وتتضمن هذات العظمة . أما عند الاكتئاب فتنتشر أفكار التائم، وانخفاض تقدير الذات والأفكار المتصلة بتوهم المرض.
- ٧ - تشيع الهلاوس حين يكون الاضطراب شديدا ، ولكنها تكون مع ذلك أقل شيوعا منها في الفصام ، بل ان الهلاوس لتظهر في نسبة أقل من عشرين في المائة من حالات ذهان الهوس والاكتئاب.



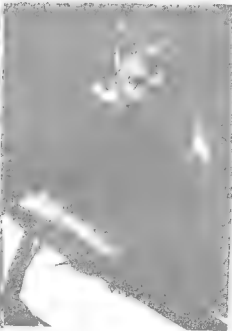
أعراض الاكتئاب الحاد



حالة هوس



حالة الاكتئاب في المراهقة



اكتئاب الشبيخوة

وهكذا فإن الإضطرابات الوجدانية تتميز بالدورية في ظهورها بالرغم من أن (الهوس الإكتئاب) ، الذى يتبادل بين الهوس والسواء ثم الإكتئاب ، غير شائع كما أن الهوس نفسه غير شائع نسبيا ويظهر فى هياج غير مسيطر عليه ، تطاير الأفكار والشعور بالعظمة، أما الإكتئاب فهو مرض شائع يتميز بمشاعر طاغية بالإكتئاب، القلق وأحيانا أفكار انتحارية ، كما أن المكتئب ربما يكون (مثبط بطئ) وأرق وربما يكون مصاب بوساوس خصوصا عن أحشائه ووظائفها. كما يمكن أن يعانى من مشاعر بالذنب غير حقيقية تماما . كما أن النوم والأكل ربما يتأثران بطريقة حادة .. وبالرغم من أن الاكتئاب أمر شائع إلا أن محاولات وصفه بدقة أمر مثار للجدال والخلاف .. ومهما كانت الأسباب ربما نقترح أن النساء أكثر عرضة وأكثر ميلا من الرجال للإصابة بالاكتئاب (Weissman & Klerman, 1977)

وهناك مشكلة خاصة هى إمكانية إقامة تمييز صحيح وفعال بين الإكتئاب كمرض عصابى أو رد فعل لأحداث الحياة، والإكتئاب باطنى للنمو (السوداوية) . أما الأخير فيقال أنه يتميز على وجه الخصوص بالسهو أو اليقظة فى ساعات صغيرة مع الإكتئاب فى أسوأ حالاته أما ما يميز الاكتئاب الباطنى فهى تلك الأعراض مثل التثبيط أو البطء للعقل والجسمى (بالرغم من إمكانية حدوث هياج)، كما أن الشعور بالذنب أحد ملامح هذا المرض. وإذا كانت بعض السمات مثل الشعور بالذنب أو (وساوس وتوهم للمرض) ذات طبيعة ضلالية توهمية هى شئ واضح وبارز فى هذا المرض أو ربما مع خبرات هلاوس فربما نطلق على الإكتئاب أنه ذهائى النوع .. إن الإكتئاب بشكل واضح هو حدث شائع فى حياة الإنسان ويحدث فى العديد من الأماكن وللعديد من أنواع الشخصيات فلو حدث فعلا إكتئاب باطنى فمن الممكن أن تجد مجموعة متنوعة داخل هذه الفئة العامة. وعلى أية حال ، فإنه يبدو أن السوداوية ، هى مجموعة متنوعة يقال أنها تتميز على وجه الخصوص بالهياج ، ووساوس المرض، وتحدث فى سن اليأس . وعلى نحو مشابه ، فإن ذهان النفاس (مابعد الولادة)، الذى يحدث للنساء بعد الولادة، كان البعض يعتقد أنه نوع مختلف عن الذهان. حتى لو كان هناك تزايد فى مدى حدوث

الذهان والذي ربما يرتبط بميلاد الطفل فإن ذلك يبدو اليوم أن يكون غالباً حالات اضطرابات وجدانية ربما أمثلة حادة متطرفة لإكتئاب ما بعد الولادة الشهير . وعلى نحو أقل شيوعاً فإن أعراض شبيهة بالفصام ربما تحدث بعد ولادة الأم (Kendall et al. 1976) وعلى أية حال فإنه حقيقى تماماً أن الإضطرابات الوجدانية عكس الفصام غير شائعة حتى منتصف العمر.

إن العلاقة بين الإكتئاب والهوس مازالت محل نقاش وجدال . فدورة الإضطراب العاطفى مابين الهوس والإكتئاب قد وضعت فى ضوء منحنى الجيب. ولقد وصف كورت Court حالة الهوس على انها حالة أكثر حدة وتطرفاً.. بمعنى الإنحراف عن الطبيعى ، فى اتجاه واحد من الإضطراب العاطفى، أكثر من الإكتئاب . وجهة النظر هذه تبرر الندرة النسبية للهوس ، وتبرر أيضاً الحقيقة القائلة بأنه لا يوجد أبداً هوس بدون بعض أعراض الإكتئاب . ولكن يمكن أن يوجد إكتئاب بدون أعراض للهوس . ومع ذلك يوجد المصابون بالوساوس ولا يبدون مضطربين كما يبدو المكتئبين.

وعلى أية حال ، فإن العديد من دراسات الإضطراب العاطفى تقترح أنه توجد حالة أحادية شائعة نسبياً (عادة الإكتئاب) وحالة ثنائية منفصلة غير شائعة حيث يحدث الهوس والإكتئاب فى أوقات مختلفة ، لنفس الفرد . إن الخصائص والصفات الوراثية والجينية الموروثة مختلفة ، فالمصاب بالحالة الثنائية يستجيب للعلاج بالليثيوم ، كما أن شخصياتهم الطبيعية العادية أقل عصابية وأكثر إستجابة (Donnelly et al 1967)، أما مع المصابين بالحالة الأحادية فتستخدم الأنوية المضادة للإكتئاب.

ويعد العلاج بالجلسات الكهربائية أقوى علاج لآن ضد الاكتئاب (عكاشة ١٩٨٠)، كما قد يستخدم العلاج بالجراحة لقطع الألياف الموصلة بين القص الجبهى فى المخ والثلاموس .. أما العلاج النفسى فيمكن تطبيقه بعد اختفاء الأعراض وفى مرحلة النقاهة لإقامة علاقة وثيقة بين المريض والمعالج بما يسمح بالمناقشة وفهم

مشكلات المريض وصراعاته وتشجيعه لمقاومة الأفكار السوداوية وتشجيعه على الاختلاط ونيز العزلة.

الأمراض العصبية

على النقيض من الأمراض الذهانية ، فإنه بين الأمراض العصبية حالات إكتئاب وقلق (فى غياب أعراض أخرى) والتي ستعرف أسمائها بالمشكلة الأساسية. فهي إضطرابات شائعة تصنع نسبة لا بأس بها من الحالات النفسية ومعظم تلك الحالات تحدث لمعظم الناس، ولو كانت عابرة، كرد فعل للصعاب المختلفة فى مواقف الحياة.

لقد ألغت الجمعية الأمريكية للطب النفسى لفظ Neurosis منذ عام ١٩٧٨ حيث أصبح يطلق فقط على كل من لم يستطيع التكيف والتأقلم فى المجتمع مع العادات المألوفة أو أصيب باثارة عصبية لحدالمبالغة وبالمطبع ليس هذا ما نعتيه بالاضطرابات العصبية .. فالعصابى : هو الشخص الذى من خلال صراعاته الداخلية وصراعاته مع المجتمع أصبح يعانى من أمراض نفسية متعددة تجعله غير قادر على الاستمرار فى الإنتاج كما ينبغي ، وهو من خلال هذه المعاناه يطلب المساعدة للوصول الى درجة من الرضا والمرونة ، باستمرار (عكاشة ١٩٨٠) ومن أهم الاختلالات العصبية :

- ١ - عصاب الصدمات : وهو المرض النفسى الذى يعجل من ظهوره مايبخبره الفرد من ضغوط عنيفة أو كوارث.
- ٢ - استجابة القلق : ذلك المرض النفسى الذى يتميز بالخشية الظاهرة والشعور بالخطر المحقق.
- ٣ - توهم المرض : ذلك المرض النفسى (العصاب) الذى يتضمن الانشغال المفرط بالجسم وأدائه لوظائفه مع التركيز على حالة الصحة.
- ٤ - الاستجابة التحويلية (الهستيريا) : العصاب الذى تظهر فيه أعراض عضوية، من غير أن يكون لها أساس جسمى واضح يمكن التعرف عليه.

٥ - الاستجابة الانفصالية : العصاب الذى يتميز باضطرابات فى الشعور والذاكرة.

٦ - الفوبيا أو المخاوف المرضية : العصاب الذى يتضمن وجود مخاوف مفرطة غير معقولة.

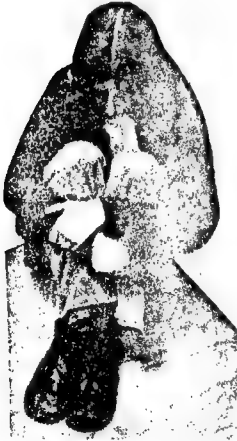
٧ - عصاب الوسواس والقهر: وهو العصاب الذى يضطر الفرد الى تكرار بعض أنواع السلوك المتداخلة من الأفكار والأفعال.

٨ - الإكتئاب الاستجابى : العصاب الذى تعجل بظهوره خبرة غير سعيدة فى الحياة تؤدى الى اليأس والقفوط . (سوين : ١٩٧٩).

وسوف نناقش فيما يلى بعض هذه الاضطرابات العصابية على سبيل التوضيح.

١ - الإكتئاب العصابى:

لقد تم وصف الإكتئاب الباطنى لذهائى وخصائصه فى القسم السابق وهو يختلف عن الإكتئاب العصابى أو الإكتئاب الأخرى والتى لا يمكن أن تدخل ضمن هذه الفئة، فالاستجابة الاكتئابية العصابية تحدث بمساعدة موقف محزن وأهم أعراض الاكتئاب العصابى: أن المريض يكون مفتتماً، وتكون الاستجابة الحركية بطيئة متبلدة، ويجد صعوبة فى النوم، ويشكو من الضجر ونقص التركيز والتوتر.. وعادة ما يصبح المريض واعياً بمرضه عندما يتحقق من أنه لم يشف من تأثير صدمة ما بعد مرور وقت كاف عليها (كوفيل وآخرون: د ت)



حالة اكتئاب عصابى

ومن المواقف التى تسبب الإكتئاب للأفراد فقدان أو تغيير الوظيفة أو المنزل، الانفصال عن شخص حميم أو وفاته أو صدمة حادة ، وهكذا تحدث كميات كبيرة من مشاعر الحزن والعجز الحادة. إن التفاعل مع الحياة بطريقة مكتئبة لفترة طويلة يعتبر بوجه عام نوع عصابى للإكتئاب.

ويعتبر الحرمان سبب شائع للإكتئاب كرد فعل حاد ، كما أن الموت والآثار المصاحبة له مازال موضوعا شائعا فى مجتمعنا يودى إلى الاكتئاب فالحزن الحاد للقاسى ربما يستمر مدة ٦ أسابيع ولكن العودة لحالة وجدانية أقل أو أكثر طبيعية ربما يستغرق شهرا .. ولقد وجد بورستين Borstein (١٩٧٣) أنه حتى بعد (١٣) شهر فإن ١٧% من الأرمال استمروا مكتئبين، ومن المعتقد أن المريض عندما يستجيب لحالة وفاة نراه يستخدم الاستجابة الاكتئابية ليحمى نفسه من الوعى بمشاعره اللثائية من الحب والكراهية تجاه الشخص المتوفى .. وفى الشخصيات غير الناضجة يرتبط شكل الاستجابة الاكتئابية بشعور زائد بالاعتماد تجاه المتوفى . إن أقوى التنبؤات لهذا الإكتئاب الطويل كانت عمق الإكتئاب بعد شهر واحد، وجود أطفال قليلين مازالوا يعيشون فى نفس المكان ، عدم العيش مع أعضاء آخرين بالأسرة، نقص الدعم والمساندة المادية الدينية) ... الخ أما الذين تغلبوا على تلك الصعاب بطريقة أفضل كانوا أفرادا لهم تجارب حرمان سابقة . وعلى النقيض من الإكتئاب الباطنى (وبعض أنواع الإكتئاب العصابى)، فإن هؤلاء الذين يعانون من إكتئاب الحرمان لم يحدث لهم عدم إهتمام بالذات أو بطء فى سرعة الأداء.

anxiety



اجساس شعورى غامض وتوقع السوء وتكون الحالة مزمنة ومستمرة مع توتر دائم وعدم ارتياح وانشغال بكوارث المستقبل وأخطاء الماضى ، والقلق ربما يكون خبرة عامة تماما أو ربما يثار على وجه الخصوص بواسطة التفاعل الإجتماعى أو الإهتمام بالذات الجسدية. ومن الناحية التاريخية فلقد ناقش بيرد " Beard (١٨٦٩) الإنهاك العصبى Naurasthenia "وصف دلكوستا " Dacosta (١٨٧١) "القلب

القلق" للحرب الأهلية الأمريكية . أما فرويد Freud (١٨٩٥) فقد كان أول من
أستخدم مصطلح " القلق العصابى. "

وهناك أعراض عضوية تميز حالات القلق منها:

- ١- خفقان القلب .
- ٢- التعب بسرعة.
- ٣- عدم القدرة على التنفس .
- ٤- العصبية.
- ٥- آلام الصدر.
- ٦- الترقب والتحفز.
- ٧- دوار دوخة.
- ٨- إغماء.
- ٩- الخوف والتوتر والترقب .
- ١٠- صداع.
- ١١- رعشه .
- ١٢- عرق مفرط.



الاضطرابات السلوكية فى القلق العصابى

ومن أسباب القلق: التهديد اللاشعوري، أو التهديد الذى تفرضه بعض الظروف البيئية، وتكرار المواقف غير المشبعة أو المهددة لمكانته الفرد وأهدافه والأحداث المثيرة للخوف من انهيار العمليات الدفاعية، وانعدام الأمن وعدم النضج.

إن حالات القلق تدخل تحت الإضطرابات العاطفية، ولكنهما فى الواقع منفصلين، فاستجاباتهما للعلاج بالأدوية مختلفة تماما، والمصابون يميلون إلى أن يكونوا أصغر من المصابين بالإكتئاب. وتستخدم المهدئات المعتدلة (خصوصا

البنزوديازينر). ويعتقد أن حالات القلق شائعة بين ٢ : ٥ ٪ ولدى أكثر من ١٠ ٪ من مرضى عيادات القلب. وكما أنه فى معظم الحالات غير السوية هناك أدلة تشير إلى أن الوراثة والينات تتفاعل مع العوامل البيئية. وبالرغم من أن التغيرات الفسيولوجية تكون ملحوظة فى نوبات القلق فلا يظهر أى شئ غير عادى فى الأشعة لوظائف القلب. كما توجد دلائل بأن حالات القلق تطور الأمراض مثل ضغط الدم العالى، أمراض القلب، قرحة العصارات الهضمية، البول السكرى، الربو، قرحة القولون (Marks & Lader 1973) والتى ربما نتوقعها كنتيجة للمستوى العالى لإثارة الجسم، لكن يجب أن نضيف أن الصورة معقدة وأن أمراض القلب والشرابين على سبيل المثال، ترتبط ببعض أنواع محددة للضغط والتى ربما تشير إلى أنه على الأقل بعض أنواع القلق تنتج أعراض جسمية.

ويمكن فهم الأعراض الجسمية المصاحبة من خلال فهمنا لديناميكية القلق، فالقلق إذا ما استنير يودى بالجسم إلى أن يعد نفسه لتهديد مستمر لا يتحقق أبدا مما يؤثر سلبا على الجسم فتبدو الأعراض الجسمية غير العادية.

٣- المخاوف المرضية

والمزيد من الحالات المثيرة للقلق تدعى الفوبيا (المخاوف المرضية) وهى شائعة بين الناس العاديين والخوف المرضى عبارة عن فزع غير معقول من موضوع أو شخص أو موقف ما.. وتظهر الفوبيا تجاه أى جانب مدرك من البيئة، ولهذا تستخدم كلمات كثيرة مذبلة تصف المثير الذى يثير الخوف. فعندما يشار القلق

بواسطة أشياء مخيفة أو عندما يصبح موقف مخيف بوجه عام عندئذ تحدث فوبيا بدرجة عصابية حقيقية، فالعديد من الناس العاديين لديهم فوبيا متوسطة لمختلف الحشرات أو الحيوانات أو المواقف أو الأماكن المرتفعة أو المصاعد. إن فوبوس Phobos كان إلهًا يونانيًا أرعب أعداءه وإشتق منه الاسم ليعنى الخوف أو الرعب.



فوبيا الأماكن المرتفعة (ركوب الطائرة)

ويوجد ثلاثة أنواع رئيسية من الفوبيا (المخاوف المرضية) :-

الخوف من الأماكن الواسعة الفوبيا الاجتماعية ، فوبيا محددة خاصة :
الخوف من الأماكن والمساحات الواسعة : تبدأ عادة بين ١٥-٣٥ سنة وهي أكثر شيوعاً بين النساء عن الرجال. وهناك العديد من الأسباب الممكنة، الحالة تتنوع في طول البداية، المدة ، الشدة والخوف من الأماكن الضيقة أو المغلقة يميل إلى الارتباط بصعوبات شخصية أخرى تشمل المشكلات الجنسية.

ب- أما الفوبيا الاجتماعية : وفيها يخاف المريض ما يعتقد الآخرون عنه ، وهذا الشعور ربما يكون أو لا يكون مقصوراً على بعض أنواع السلوك

مثل الأكل أو الشرب أمام الآخرين، التحدث أمام العامة) وربما يشمل أو لايشمل بعض النواحي مثل إمرار الوجه والخجل ، التلعثم أو القئ.

جـ أما الفئة الثالثة من الفئات الأساسية للفوبيا فتشمل المخاوف الخاصة بحيوانات محددة / وحشرات أو الرعد أو المرتفعات وهكذا، وعادة ما تكون تلك المخاوف مرتبطة بخبرة فردية جارحة أو صادمة. ولكنه أمر جدلى إذا ما كانت تلك الخبرات الفردية هى المبرر الأساسى لتلك الظاهرة.

وبالرغم من أن وجهة نظر التحليل النفسى تميل أن ترى الفوبيا كعقدة وربما رمز لصعوبات التفاعل الشخصى فى سن مبكرة، فإن العلاج السلوكى باستخدام التخلص التدريجى المنظم من الحساسية يجعل هؤلاء المعالجين السلوكيين يزعمون أن الفوبيا هى نجاحهم العلاجى الخاص بهم. وعلى أية حال فإن عددا من الدراسات قد أكدت أن بعض الصفات الولدية المحددة تبدو أنها مرتبطة بتطور العديد من حالات المخاوف المرضية فى أطفالهم إلى مراحل عمرية أخرى فى حياتهم ، فلقد اقترح بولبى Bowlby على سبيل المثال أن كمية غير ملائمة من عاطفة الأم المعبر عنها ربما تكون هى السابقة الهامة لفوبيا الأماكن الواسعة، كما أن إحدى الدراسات وجدت أن الرعاية الأقل من الأم، القليل من الحماية الزائدة من الأم موجودة فى المراحل العمرية المبكرة للمصابين بفوبيا الأماكن الواسعة المكشوفة (Parker 1979) ، كما وجدت تلك الدراسة أيضا أن حالات الفوبيا الإجتماعية مرتبطة بالعناية الزائدة من الأم والمزيد من الحماية الزائدة للأم .. وقد تنشأ الفوبيا باعتبارها خبرة استمرارية شديدة فى الحياة المبكرة للفرد .. وقد تكون استجابة الخوف نتيجة ازاحة مخاوف عامة الى رمز يستطيع الفرد بعد ذلك تجنبه بسهولة، وقد ينشأ كوسيلة لحماية المريض من الرغبات اللاشعورية المستهجنة.. وفى ظل أى من هذه الظروف يكون للفوبيا قيمة ثانوية بالنسبة للمريض فى أنه يجذب اهتمام الآخرين وتمكنه من التحكم فى الأشخاص المحيطين به.

٤ - المشكلات المتسلطة والوساوس القهرية (العصاب القهرى)

على النقيض من الأمراض العصبية وحالات رد الفعل التي وصفت توا ، فإن الأمراض العصبية المتسلطة القهرية غير شائعة وتسبب في أقل من ٣٪ من المرضى المتوجهين لعيادات العلاج النفسى. وفي القرن التاسع عشر صاغ ومستقل Westphal مصطلح الأمراض العصبية المتسلطة القهرية. كما أن كل من موريل، جانيت ، فرويد Janet & Freud ، Morel ناقشوا جميعهم الحالة مع بعض التفاصيل. والوساوس ببساطة : تفكير غير معقول ولقائدة منه يفرض نفسه باستمرار على شعور الفرد. إن الأعراض الأساسية لحالة الوسواس القهرى هو إحساس ذاتى بالتسلط والذي يقود الشخص ويقود مقاومته لما يعرف أنه نشاط غير ضرورى. ففي حالة الوسواس القهرى يقضى المريض معظم وقته فى غسل يده على سبيل المثال أو إجترار الأفكار . ولكن ليس واضحا كيف أن حالات الوسواس القهرى ترتبط بما يوصف بالشخصية القهرية " الملترمة بالنظام البالغ والضمير الحى". ولقد إقترحت إحدى الدراسات التى بحثت نماذج النوم لدى المصابين بالوسواس القهرى أن للتقارير الذاتية (للنوم السطحي المتقطع) والسجلات الموضوعية كانت أعراضها مشابهة لمثلثاتها فى الإضطرابات العاطفية (Insel et al 1982) ..

. أما الأفعال القهرية فهى أفعال غير مفيدة وغير معقولة يشعر الفرد أنه مجبر على القيام بها، وتتميز بالسخافة وقد تتفاقم الى حد أنها تعوق قدرة الفرد على ممارسة حياته العادية بشكل خطير، وترجع نظريات التحليل النفسى الاستجابة الوسواسية القهرية الى الاجراءات المتشددة والجامدة التى تفرض على الطفل فى فترة التدريب على عملية الاخراج فى الطفولة. فتاريخ الشخصية العصبية يكشف دائما عن اهتمام زائد بالنظام والنظافة ويميل هؤلاء الاشخاص الى المثالية المتطرفة والضمير القاسى، ويبذلون دائما جهدا ملحوظا ليقمعوا مشاعر الغضب ويكونوا عطوفين ومنصفين، ولكن الدراسة الدقيقة تكشف لنا عن بخلهم وعنادهم (كوفيل وآخرون : د. ت)

العلاج : لقد كان محل جدال (Rosen 1975) أن النظريات حول أصل العصاب القهرى هي من نوعين وربما تشير إلى نوعين من المشكلات مع متطلبات علاجية مختلفة ففي الشعور بالذنب الناتج من (أو على الأقل المرتبط بـ) التنشئة الأخلاقية فإن الهدف في العلاج هو التقليل من الشعور بالذنب بالتدريب التوكيدي وقبول دوافع الفرد . أما مع الشعور بالقلق الناتج عن الآباء المخيفين والمستخدمين للعقاب فإن الهدف العلاجي هو الإقلال من القلق ببعض الأساليب مثل الإسترخاء، التخلص من الحساسية، وقف الأفكار، الغمر .

ما الفرق ، فى الدرجة أو النوع، بين سمات الشخصية القهرية والأعراض السلطوية القهرية الواضحة؟. لقد قيل أن المرضى ذوى السمات الشخصية القهرية يستجيبون بطريقة مختلفة لأساليب الغمر مقارنة بهؤلاء أصحاب الشخصية غير القهرية. (Rabavilas et al. 1979)

٥ - الهستيريا:

لقد صاغ كلمة هسيتريا أبقراط Hippocrates - وكان العلاج يتكون من محاولة جذب الرحم المتحرك مرة أخرى إلى مكانه السليم. وفى أحد الأوقات كان هذا السبب المزعوم يحول دون أن يصاب به الذكور . وبعد إرتباطه بالسحر، وصفت الهستيريا فى ضوء الشخصيات الثنائية والمتعددة. فالشخصية الواحدة تتبادل بوضوح مع أخرى فى نفس الجسد. ومثل تلك الأحداث الدرامية أعطت فرصة لظهور قصة" روبرت لويس ستيفن" لإزدواج الشخصية. ومثل تلك الأمثلة تبدو نادرة اليوم. إن الهستيريا التحولية هي الأكثر شيوعا إلا أنها مازالت نادرة . وهنا يكون المريض عادة تحت ضغط حاد ربما يخفى عما يحيط به لمدة ساعات ، أو أيام ، أو حتى أسابيع أو شهور . وعندما نجد أنه فقد ذاكرته عن فترة معينة ولكنه يتصرف بطريقة مقبولة وسلوك مقبول تماما . فعند بدء شخصية أو عمل جديد تظهر مسألة التظاهر. وفقدان الذاكرة هو أكثر شيوعا من تعدد الشخصيات ، أما

فى الهستيريا التحويلية هى وسيلة للهروب من موقف لا يمحتمل أو تجنب حقائق مكروهة وبغضبة.

إن خصائص وسمات الهستيريا قد أدى إلى مفهوم الإنشاقية وأول من قالها هو بريكيٲ Briquet (١٨٥٩) ولكن طورها بعد ذلك شاركو وجانيت Charcot & Janet . ولكى نبرر ظاهرة الهستيريا وعملية الإنشاق نفترض أن الخبرة والسلوك يمكن أن تنشقق وتتفصل من الشخصية الأساسية، وفى حالات نادرة تلك التشققات يمكن أن تأخذ هوية خاصة بها. وحالات الهستيريا التحويلية عضوية، ومثال على ذلك هو فقدان الإحساس فى اليد حيث نقص إحساس اليد لاتباع أمراض الأعصاب كمرض حقيقى والبعض يرى أن تنوع الأعراض (أو السلوك) فى الهستيريا ككل هى إما لجذب الانتباه أو لتجنب موقف معين، وهناك فى بعض الأحيان نقص فى الاهتمام أو الانتباه للأعراض الواضحة الحادة وهذه اللامبالاة ربما تتناقض مع الرغبة الدائمة للتحديث عن الأعراض بطريقة درامية.

إن مفهوم تشقق الشخصية تميل أن تكون مهمة نسبيا. ولكن كما قال مالك كيلر Mc Kellar (١٩٧٩) إن درجة تكامل وتوحد الشخصية فى أى فرد تتنوع وتختلف بطريقة كبيرة وأن مشاعر الفرد وأحاسيسه ربما تكون غير متناسقة داخليا مع بعضها وفى صراع.

وتنقسم الهستيريا إلى تحويلية وإنشاقية أما الهستيريا التحويلية فتشمل الأعراض الآتية:

١ - اضطرابات حركية : فيمكن أن يعانى المصاب بالهستيريا من الشلل فى أى جزء من الأجزاء الواقعة تحت الضبط الحركى فقد ينال الشلل من أحد الساقين أو كليهما أو اليدين أو الأصابع أو فقد المقدرة على استعمال الأبدال الصوتية أو اضطرابات فى الحلق وعملية البلع وحركات عضلية كثيرة لا إرادية كسعال أو قيئ أو تشنج عضلى يعوق التبول ويجعله مؤلما وحالات الغمغص والتشنج ، علما بأن الفحص الطبى يثبت أن المريض سليم جسيما.

ب - الإضطرابات الحسية : تمتد الأعراض الحسية إلى عدد من المراكز الحسية وتجعل الإدراك المعتمد على تلك المراكز مضطربا وغير ممكن فقد يشكو المريض من فقدان الحس فى يديه أو رجله أو طرف فى جسده دون أن يمس ذلك الاضطراب المراكز الحسية فى بقية أطراف الجسد. وقد يشكو المريض من فقدان القدرة على السماع أو الشم أو التذوق أو العمى جزئيا أو كليا أو قد تظهر زيادة بالغة فى الحساسية أو حكة شديدة.

ج - الإضطرابات الحشوية : وتشير هذه الإضطرابات إلى الإضطرابات التى تحدث فى المعدة بشكل خاص من غير أن يكون لها سبب فسيولوجى مباشر ومن هذه الأعراض مايسمى بالمعدة العصبية ، القئ الهستيرى ، ضعف الشهوة للطعام رغم وجود الحاجة ووجود الطعام . ويكثر شيوع هذه الأعراض الحشوية الداخلية فى حالات الهستيريا.

وتحدث الاستجابة التحولية فى الشخصيات غير الناضجة ، نوات الميول الاستعراضية ، فتضخم مشكلات حياتهم وتزيدها ايلاما .. ويوضح تاريخ هؤلاء الأشخاص أنهم ينشدون دائما الحماية من الصراع الانفعالى بالهرب الى مرض جسمى أو نفسى .. وتتدفع الاستجابة دائما بتشجيع عامل مساعد كصدمة أو صراع انفعالى يهدد الفرد ، ويعتمد شكل هذه الاستجابة على حادثة صغيرة أو مرض سابق (كوفيل وآخرون : د.ت).

ويذهب العديد من المحللين النفسيين أن العمى الهستيرى قد ينتج عن مشاعر الاحساس بالألم من مشهد بصرى ، وأن العجز الكلامى قد يكون عقابا على السباب الفاحش ، واليد المشلوله هى كذلك حتى لاتستخدم فى العدوان ثائية بمعنى أن الأعراض هى عملية دفاعية عن الذات تهدف الى استبعاد التوترات والألم.

أما الهستيريا الانشعاقية فهى شكل هسترى آخر وتحدث عندما يزداد القلق عند المريض وتبدأ وظائف الشخصية فى التشقق والانفصال عن الشخصية الحقيقية للإنسان . والأشكال الإنشعاقية للشخصية هى:

- أ - فقدان الذاكرة : وتكون جزئية أو كلية ، وفقدان الكامل للذاكرة ينسب للشخص كل ما يتصل بماضيه بما فى ذلك اسمه ، عنوانه ، المكان الذى جاء منه ، ولاكثر فى حالات الهستيريا .. أما فقدان الجزئى للذاكرة فهو نسيان جزء معين من الذكريات ، فقد ينسى المريض كل الظروف المزعجة التى سبقت مباشرة ظهور الأعراض الهستيرية أو فترة معينة فى طفولته أو فجوات فى الذاكرة تتصل بأشخاص أو أماكن معينة.
- ب - الشرود الذهني : عدم التركيز حيث لا يوجد لدى المريض الإرادة للتحكم فى سلوكه كما لو كان فى غيبوبة وقد تظل أياماً أو تستمر طويلاً.
- ج - تشوش الوعى : وهو عرض شائع الهذيان الهستيري حيث يتكلم المريض كلاماً غير منظم وغير مفهوم وبلهجة غير مفهومة.
- د - الجوال الهستيري : حيث ينسى المريض هويته لفترة من الزمن ويهرب من مكان إقامته إلى مكان آخر. فإذا ما إنتبه إلى نفسه تساءل أين هو وكيف وصل إلى ذلك المكان.
- هـ - ازدواج الشخصية : أى أن يكون للشخص الواحد شخصيتان أو أكثر أحيانا يتوالى وجودهما فيه ، وكل شخصية تمثل نمطاً مختلفاً ويظهر النمطان أو أكثر بشكل غير منتظم زماناً ومكاناً.
- و - شبه العته الهستيري : كأن يقوم الفرد بعمل أشياء ساذجة ناقصة أو ظهور حالات غيبوبة وتظهر عادة للأشخاص الذين قضوا حياتهم فى منفى كالمعتقلين السياسيين.

والواقع أن ظهور الهستيريا دفعة واحدة أمر نادر الحدوث وأن الغالب فيها أن يكون وراءها تاريخ طويل ينطوى على تطور تدريجى لردود فعل الهستيريا. ولذلك فإن ظهورها لدى شخص فى ظروف ما لا يجب أن يفهم منه أنها وليدة استعداد فسيولوجي معين أو أنها وليدة الساعة فقط بل يجب فهمها من خلال العوامل المباشرة ومن خلال خبرات سابقة تطورت تدريجياً على فترة من الزمن لدى شخص إعتادالدفاع عن نفسه ضد معاناة القلق بكبت الذكريات المؤلمة أو كبت

النزعات الجنسية أو العدوانية .. إن هذا النوع من الإعتياد هو الذى جعل التربية صالحة لدى الشخص لظهور الهستيريا أمام ظرف جديد وقاسى.

ومن ناحية أخرى يربط السلوكيون الاستجابة الهستيرية بضعف القشرة اللحائية .. وربما تنفس الغرائز كبثها فى استجابات دفاعية سلبية قد تأخذ أحيانا شكل اشارة حركية (نوبة ارتعاش) أو شكل كف حركى (غيبوبة هستيرية)..
(بسوقى : ١٩٧٤، ٢٥٧)

وفى جميع الحالات يسعى العلاج النفسى الى الكشف عن العوامل الدفينة اللاشعورية المسببة للأعراض .. واتاحة الفرصة للمريض لتكوين آرائه وحلوله الخاصة بالمشكلة وتمكينه من التأقلم مع البيئة المحيطه به.

كما تستخدم العلاج بالمقاير تحت اشراف الطبيب لتخفيف حالة القلق والاكتئاب المصاحبة للسبتهتيريا و لرفع الروح المعنوية للمريض .

الفصل الحادى عشر

العلاج النفسى

تعريفه

العلاج النفسى منهج للعلاج يتضمن خبرة تصحيح أو اصلاح تتم عن طريق التفاعل بين معالج متخصص وواحد أو أكثر من المرضى - والهدف منه اعادة المريض الى حالة من التوافق تكون أكثر فاعلية ولمتاعا ... ولكى يتحقق هذا الهدف لابد من اقامة عدة ظروف أو أحوال يظن أنها لازمة للتغير، والمناهج التى نقيم بها هذه الظروف أو الأحوال يمكن أن تسمى استراتيجيات العلاج النفسى (سوين : ١٩٧٩).

أهداف العلاج النفسى:

يبدو أن جميع أساليب العلاج تتضمن أهدافا عامة مشتركة منها:

- ١ - التخلص من القلق والأعراض المرضية والصراع.
- ٢ - تحقيق النضج الشخصى والشعور بالكفاءة ، وتكامل جوانب الشخصية المختلفة
- ٣ - تحسين العلاقات مع الآخرين.
- ٤ - الوصول الى مستوى مناسب من حيث التوافق الشخصى والاجتماعى.
- ٥ - إتاحة الفرصة لاعادة التعلم وتنمية الارادة والضبط الذاتى.
- ٦ - تنمية آمال وتوقعات المرضى.

فريق العلاج النفسى :

قد يعتقد البعض من عامة الناس أن الطبيب البشرى هو الشخص الوحيد المتخصص فى علاج كل ما يعترى الإنسان من أمراض سواء كانت عضوية أو غير عضوية - وقد يصاب الفرد بانقباض إذا ما قيل له انه يجب عليه الذهاب الى عيادة نفسية رغم أن العيادة النفسية أصبحت فى المجتمعات المتقدمة كالعيادة الطبية يذهب اليها الفرد من حين لآخر للاستشارة أو للاطمئنان على حالته النفسية.

وشمة ثلاثة أنماط رئيسية للمعالجين النفسيين يطلق عليهم أعضاء الفريق العلاجي هم:

١ - الأطباء النفسيون : وهم أطباء تلقوا تعليما وتدريباً متخصصاً في العلاج النفسي بعد تخرجهم من كليات الطب، اذلك فهم يستخدمون العقاقير الطبية في علاج مرضاهم.

٢ - الأخصائيون النفسيون الاكلينيكيون : وهم في العادة حاصلون على درجة الدكتوراه في علم النفس مع التدريب المتخصص على أساليب العلاج المختلفة وذلك بعد حصولهم على درجة الليسانس أو البكالوريوس من إحدى الكليات الجامعية...

٣ - الأخصائيون الاجتماعيون النفسيون، وهم أفراد تخرجوا من كليات الخدمة الاجتماعية أو أقسام الاجتماع بالجامعات ، ثم تلقوا تعليماً خاصاً - قد يصل الى الماجستير - في علم النفس ، وكذلك تدريباً متخصصاً في العيادات النفسية على دراسة الحالة ، وتطبيق الاختبارات النفسية، وللتشخيص النفسي، وممارسة بعض أساليب الارشاد النفسي.

طرق العلاج النفسي

على الرغم من أن المعالجين النفسيين قد يتخصصون في أحد أساليب العلاج النفسي مثل : التحليل النفسي ، أو العلاج السلوكي، أو العلاج المعرفي، أو العلاج الممرکز حول العميل، أو العلاج الجشطيلتي... إلا أن معظم المعالجين النفسيين اليوم يركنون الى الأسلوب الانتكالي في العلاج، بمعنى : إنهم يستعرضون مختلف الأساليب المتاحة ويختارون من بينها مايتناسب مع حالة المريض الذي يقومون بعلاجه. وقد يقابل المعالج المريض في جلسات فردية خاصة أو في جماعة أو في الأسرة ... والمعالجون قد يقابلون العملاء في المستشفيات ، أو يقابلونهم في المنازل أو في أماكن عملهم..

ونستعرض فيما يلي بايجاز بعض طرق العلاج النفسي للتعريف بها.

أولاً: العلاج بالتحليل النفسي: Psychoanalysis

التحليل النفسي هو أشهر الطرق العلاجية المتخصصة الشاملة طويلة الأمد... يتم فيها استكشاف المواد المكبوتة في اللاشعور : من أحداث وخبرات وذكريات مؤلمة ودوافع متصارعة، ولفعالات عنيفه وصراعات شديدة سببت المرض النفسي - واستدراج هذه الخبرات الى حيز الشعور عن طريق التداعي الحر، ومساعدة المريض في حلها في ضوء الواقع، والاستبصار، واحداث التغيير الصحي في بناء الشخصية.

وهناك اتجاهان في التحليل النفسي:

- التحليل النفسي الكلاسيكي الذي أرماه سيجموند فرويد.
- التحليل النفسي الحديث الذي أدخله اتباع فرويد وتلاميذه من تعديلات على النظرية الفرويدية مثل أنا فرويد (ابنته) ، ويونج، وأدler، وهورني، وفروم ، وسوليفان، ورائك..



سوليفان



كارل يونج



الفريد ادلر



كارين هورنى



أنا فرويد

خطوات عملية التحليل النفسى ومحتواه:

١ - الاعداد:

- اعداد المعالج ، اذ يجب أن يكون المعالج مؤهلاً وخبيراً بالتحليل النفسى، ومن المستحسن أن يكون هو نفسه قد سبق تحليله نفسياً، كما يجب أن يتسم بالذكاء وسرعة البديهة، وأن يتأكد المعالج من أن المريض ومرضه يصلحان للتحليل النفسى.
- يبدأ التحليل النفسى باعطاء المريض معلومات أساسية عن عملية التحليل واجراءاتها مثل : الجلسات ، والوقت ، وسائل التحليل وأهدافه، وأن العملية العلاجية قد تستغرق عاماً أو عامين، وأن الجلسة الواحدة تتراوح ما بين ٤٥ دقيقة وساعة ، وأن الطريقه الكلاسيكية للتحليل بأن يستلقى المريض على سرير التحليل ويسترخى ، ويركز انتباهه ومشاعره الداخلية، ويسترسل فى الكلام، بينما يجلس المعالج خلف المريض ينصت ويلاحظ ويفسر - وإن كان بعض التحليليين يبيحون التحليل وجها لوجه بين المعالج والمريض.

٢ - العلاقة العلاجية الدينامية:

تتركز أهمية العلاقة العلاجية الدينامية بين المعالج المريض فى التحليل النفسى فيما يلى:

- أن يتقبل المعالج المريض حتى يتقبل نفسه.
- أن ينتبه المعالج لكل شئ ، وأن يكون متسامحا لا يوجه أى نقد الى المريض ولا يتخذ دور الرقيب أو الناصح ، وأن يكون مستقبلا حساسا للمواد التى تستخرج من لاشعور المريض وتطفو على سطح شعوره .
- أن يكون بمثابة مرآة تعكس بدقة ووضوح ما يعرض عليها من دوافع واتجاهات ومشاعر المريض، وأن يجيد الاصغاء والانتباه والملاحظة والفهم والمشاركة الانفعالية.

وبذلك : يتمكن للمريض من تحقيق ذاته ويتحمل المسؤولية تجاه نفسه ويصبح أكثر قوة ، وأقدر على أن تكون مشاعره صادقة مع غيره.

٣- التنفيس الانفعالى:

- كان فرويد يستخدم أول الأمر التنويم الايحائى ، ثم لجأ الى الايحاء فى اجراء التنفيس الانفعالى، واستدراج محتويات اللاشعور الى حيز الشعور.
- يقوم المعالج بحث المريض على تذكر الحوادث والخبرات للماضية واسترجاع الدوافع والذكريات المنسية والصراعات اللاشعورية بمصاحبتها الانفعالية...

وقد اعتبرت عملية التنفيس الانفعالى بمثابة تفريغ وتطهير انفعالى تخفف معه أعراض العصبية.

٤- التداعى الحر:

التداعى الحر هو الوسيلة الأساسية فى التحليل النفسى لاستخراج الأفكار والخبرات والأحداث المرتبطة بخبرات وأحداث سابقة تتصل بدورها بأفكار وخبرات وأحداث مكونة فى اللاشعور - وبذلك يتم استدراجها الى حيز الشعور. ويقوم المحلل بتفسير ما يكشف عن التداعى الحر من مواد وخبرات وعلاقتها بخبرات الطفولة لدى المريض ومشكلاته فى الوقت الحاضر- مما يساعده على الاستبصار بهذه المواد والخبرات التى لم يكن يعيها.

٥ . عملية التحليل:

أ - تحليل التحويل:

فى أول عملية التحليل يكون موقف المريض من المحلل محايدا .. وقد لاحظ فرويد أن مشاعر المريض تجاه المحلل تتعرض لأنواع شتى من التحويل:

* فقد يضع المريض المحلل فى دور خاص يفكر إليه فى حياته - ويعتبر خلو حياته من هذا النور جزءا من اضطرابه مثل دور المحب، أو المحبوب،

* وقد تصطبغ مشاعر المريض تجاه المحلل بالكراهية أو بالغضب أو الغيرة أو الخوف أو العدوان.

وقد اعتقد فرويد : أن المحلل ليس هو المقصود بهذه المشاعر، ولكن المقصود بها لابد وأن يكون شخصا آخر، وما المحلل الا رمزاً يرمز إليه.. هذا الشخص الآخر قد يكون : والد، أو أخ ، أو زوج ، أو صديق ، أو حبيب...الخ.

وقد أطلق على التحويل من النوع الأول (التحويل الإيجابى)، والتحويل من النوع الثانى (التحويل السالب).. وهناك نوع ثالث أطلق عليه التحويل المختلط حيث تنسم مشاعر المريض تجاه المحلل بالتناقض بين الحب والكراهية.

ويقوم المعالج النفسى بتسجيل تحويلات المريض، ويقوم بتحليلها لصالح عملية العلاج، كما يقوم بتعريف المريض بهذه التحويلات فى الوقت المناسب، ويوضح له أسبابها وأنها لاصلة لها بشخص المحلل ، كما يعلمه السلوك الانفعالى الإيجابى المنضبط .. ومع زيادة الثقة فى المحلل تختفى أعراض المريض، ويتخلص من القلق وهذا ما يعرف باسم علاج التحويل... وقد يستخدم المعالج طريقة العلاج الجماعى حتى يتخلص المريض من هذه التحويلات.

ب - تحليل المقاومة:

- لاحظ فرويد أن المريض أثناء التداعى الحر قد يبدى مقاومة لاشعورية للحيلولة دون ظهور المواد المكبوتة الى حيز الشعور.. وتكون بمثابة قوة مضادة لتقدم عملية التحليل واستمرار العلاج .. ومن مظاهرها:

- الإمتناع عن الكلام ، أو الصمت ، أو الكلام بصوت غير مسموع ، البطء، أو التوقف أثناء التداعى، الاسترسال فى موضوع واحد دون غيره، توجيه أسئلة غير مناسبة للموضوع، الانصراف عن المحلل، وعدم الاصغاء اليه، اللجاجة وفلتات اللسان، الملل والضيق وظهور علامات القلق، والميل الى النوم، التشكك فى قيمة العلاج بالتحليل، الحضور متأخرا أو تناسى مواعيد الجلسات."

- من أسباب المقاومة : وجود التحويل السلبي العدوانى، أو وجود مكاسب ثانوية من وراء المرض، أو وجود رغبة لدى المريض للبقاء فى حالة المرض أو رغبة فى تحطيم الذات..
- دور المعالج : هو تحليل المقاومة ، واضعافها والقضاء عليها، ولفت نظر المريض اليها، وإقناعه بأن تحويلها من مقاومة الى تعاون يكون فى صالحه حتى تسير عملية التحليل نحو تحقيق أهدافه العلاجية.

جـ - تحليل الأحلام:

- اعتبر فرويد أن الأحلام هى الطريق للوصول الى المواد المكبوتة فى أعماق اللاشعور وتعتبر الأحلام عن دوافع أو رغبات مكبوتة تحول الأوضاع الاجتماعية دون تحقيقها، ولكنها تظهر فى الأحلام فى صورة رمزية.

ويقول فرويد : أن الإنكار فى حالة اليقظة يكون مسيطرا أو مراقبا للهو وللأشعور وتتعلل هذه الوظيفة أثناء النوم مما يسمح للهو بشئ من الحرية، وللمواد اللاشعورية بإمكان الافلات والافصاح عن نفسها فى الأحلام..

- وقد ميز فرويد فى محتوى الحلم بين مضمونين:

- المحتوى الصريح أو الظاهرى : وهو ما يرويه الحالم ويرتبط عادة بذكرات يوم الحلم وبالخبرات السابقة.
- والمحتوى الكامن أو الباطنى : وهو ما يحاول المحلل الوصول اليه.

أما عن طريقة تحليل المحتوى الكامن .. فقد أشار فرويد بعملية اخراج الحلم.. ويتم الاخراج من خلال:

- التكتيف : أى تكوين وحدات جديدة من العناصر المنفصلة فى الحلم ، وادماج العناصر المتشابهة ، وحذف العناصر غير الضرورية فيه.
- النقل : وهو رؤية أو نقل سمات من شخص لآخر ، أو نقل التأكيد من عنصر الى آخر.
- الاخراج المسرحى : أى تحويل الأفكار الى صور عقلية سمعية بصرية كما لو كانت فيلما سينمائيا.
- التعبير الرمزى : أى ظهور الموضوعات والمواقف فى صور رمزية لالتسبب الأكم.

وقد اختلفت المدارس التحليلية فى تفسيرها لدلالات الأحلام : فقد اعتبرها يونج بمثابة تعبير لا ارادى لعملية نفسية لاتخضع لضبط الشعور ... واعتبرت هورنى الأحلام بمثابة وسيلة لزيادة البصيرة حول الحالة والكشف عن اتجاهات المريض وصراعاته.

وعلى هذا الأساس :

فان من الضرورى فى جميع الأحوال أن يطلب المحلل من المريض أن يروى له آخر حلم رآه ، وتعليقه عليه ، وأن يلاحظ انفعالاته أثناء الرواية والتعليق، ويسأله عما تثيره مواقف الحلم وشخصياته من ذكريات لدى المريض.. ويستعين المحلل بالتداعى الحر، والأسئلة لاستجلاء غوامض الحلم، ويستعين فى تأويل الحلم وتفسير رموزه بالمريض نفسه.. وإذا انتقل المريض من حلم الى آخر يتركه المحلل ويحاول ملاحظة العناصر المشتركة بين الأحلام ... وبذلك : فان تحليل الأحلام له أهمية فى التعرف على المحتوى الكامن لصراعات المريض.

٦ - التفسير التحليلي :

بعد عملية التداعي والتفيس ، وتحليل التحولات والمقاومات والأحلام يقوم المعالج بعملية التفسير التحليلي لما ينكشف خلال العمليات السابقة بهدف أحداث تغيير في معرفة المريض ومشاعره تجاه نفسه، وكشف صراعاته، والمساعدة في حلها، وأحداث تغيير في سلوكه وتنمية بصيرته، وإبعاد القلق.

ويعتقد بعض المحللين أن الكثير مما يقوله المريض عبارة عن تورية لأشياء أخرى، وعلى المحلل تفسير المعاني الكامنة وراء ذلك بطريقة منطقية ومقبولة تساعد المريض على اكتساب استبصار بحالته.

٧ - التعلم واكتساب العادات :

يعتبر التعلم واكتساب العادات خطوة ضرورية في التحليل النفسي من أجل تغيير اتجاهات المريض وتنمية بصيرته .. وأحداث تغيير في بنية الأنا والاستبصار بالمشاعر المكبوتة والصراعات غير المحولة وإعادة التنظيم الانفعالي. ويوصى أندر بأعادة تعليم وتوجيه الطفل المشكل وخاصة علاقته بالوالدين.. وترى هورنى أن التحليل هو إعادة تربية وتعليم وخاصة في مجال المشكلات الأخلاقية .. ويرى سوليفان أن التحليل عملية تنظيم للأنماط السلوكية للمريض.

ثانياً: العلاج السلوكي Behaviour Therapy

هو أسلوب علاجي يستخدم مبادئ وقوانين التعلم الاشراطي والاجرائى والتعزيز التي توصل اليها علماء هذه المدرسة وعلى رأسهم بافلوف، واطسون ، ثورانديك ، هل ، سكينر ، باندورا...الخ . لحل وعلاج المشكلات والاضطرابات السلوكية بأسرع ما يمكن، وذلك بضبط وتعديل السلوك المرضى المتمثل في الأعراض، وتنمية السلوك الارادى السوى لدى الفرد..



سكينر

باندورا

واضون

ويقوم العلاج السلوكي على عدة افتراضات :

- ١ - أن معظم السلوك الانساني متعلم ومكتسب.
- ٢ - لا يختلف السلوك المتعلم المضطرب عن السلوك المتعلم السوي، الا في كونه سلوك غير متوافق.
- ٣ - يحدث السلوك المضطرب نتيجة للتعرض المتكرر لخبرات معينة، مما يؤدي الى حدوث ارتباط شرطى بين هذه الخبرات وبين السلوك المضطرب.
- ٤ - زملة الأعراض النفسية غير السوية هي عبارة عن تجميع لعادات سلوكية خاطئة متعلمة.
- ٥ - العادات السلوكية المرضية يمكن تعديلها الى عادات سوية اذا وضعت في بؤرة العلاج وغيّرت ولحده تلو الأخرى.

اجراءات العلاج السلوكي :

تسير عملية العلاج السلوكي على النحو التالي:

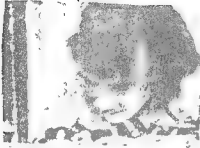
- ١ - تحديد السلوك المطلوب تعديله أو تغييره : وذلك من خلال المقابلة العلاجية، والاختبارات والمقاييس النفسية والتقارير الذاتية التي يمكن بواسطتها التعرف على الأعراض السلوكية المضطربة (كالمخاوف المرضية مثلا).

- ٢ - تحديد الظروف التي يحدث فيها السلوك المضطرب : وكل ما يرتبط به من خبرات وما يسبقه من أحداث وما يتلوه من عواقب (ففى حالة الخوف يجب الانتباه الى المناسبات التي تسبق الشعور بالخوف، والظروف التي يشعر فيها المريض بالخوف، والأحداث التي تتبع حدوث الخوف).
- ٣ - اختيار الظروف التي يمكن تعديلها أو تغييرها بواسطة المعالج والمريض.
- ٤ - اعداد جدول لاعادة التدريب : وذلك بتخطيط خبرات يتم فيها اعادة التدريب يتم خلالها وضع المريض فى ممارسة معدلة بحيث تغير من خلالها السلوك ويتم تعديل السلوك المطلوب.
- ٥ - تعديل العلاقات بين الاستجابات وبين المواقف التي يحدث فيها السلوك المضطرب (مثل عدم القدره على التفاعل مع الآخرين للخوف منهم).
- ٦ - تعديل الظروف البيئية : وذلك لتقليل حدوث السلوك المضطرب وزيادة احتمال حدوث السلوك المرغوب.
- ٧ - ينتهى العلاج عند النقطة التي يتم فيها الوصول الى السلوك المعدل المسمى المنشود.

أساليب العلاج السلوكى :

١ - التحصين التدريجى :

ويتضمن هذا الأسلوب التعويد التدريجى المنتظم .. وفيه يتم التعرف على المثيرات التي تستثير استجابات شاذة ، ثم يعرض المريض تكرارا وبالتدريج لهذه المثيرات وهو فى حالة استرخاء بحيث لا تنتج الاستجابة الشاذة .. ومن أمثلة حالات استخدامه : حالات الخوف المرضى الذي يكون قد اكتسب مرتبطا بشئ معين أو حادثة معينة .



التحصين التدريجى والتمنجة لعلاج قوبيا الثعابين

وقد قام لاتج بابتكار جهاز للتحصين التدريجى الآلى ضد الخواف باستخدام الكمبيوتر حيث يحدد المعالج مثير الخوف، ثم خبرات مبرمجة تتضمن المثير فى حالات متدرجة بالنسبة لاثارة الخوف، ثم يتعرض المريض تكرارا وبالتدريج لهذه المثيرات المحدثة للخوف وفى ظروف يشعر فيها بأقل درجة من الخوف وهو فى حالة استرخاء بحيث لا تنتج استجابة الخوف، ثم يستمر التعرض على مستوى متدرج من الشدة، حتى يتم الوصول الى أن المستويات العالية من شدة المثير لا تستثير الاستجابة الشاذة السابقة .. فلذا حدث وأن أدى المثير الى حالة الخوف يتم

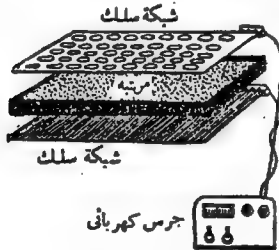
الضغط على زر أخضر موقف المثير .. وفى جميع الحالات يتم تسجيل البيانات
الفسولوجية عن التوعية والتنفس...الخ.

- الكف المتبادل:

يقوم أسلوب الكف المتبادل على أساس وجود بعض أنماط السلوك المتنافر
غير المتوافق مع بعضه البعض.

والهدف منه كف كل من نمطين سلوكيين مترابطين بسبب تداخلهما واحلال
استجابة متوافقة محل الاستجابة غير التوافقية.

ومن أهم الأمثلة : استخدام أسلوب الكف المتبادل فى علاج البوالى الليلية-
حيث المطلوب كف النوم (حيث يحدث الاستيقاظ والتبول) وكف البوال (باكتساب
عادة الاستيقاظ)- أى أن كف النوم يكف البوال ، وكف البوال يكف النوم بالتبادل...
ويتكرر عملية الكف المتبادل لمدة حوالى شهر الى ثلاثة أشهر تحمى
عادتان قديمتان (الاستغراق فى النوم والبوال) وتتكون عادتان جديدتان (الاستيقاظ
والتوجه الى دورة المياه للتبول).
ولقد تم اختراع مرتبة كهربائية يودى نزول أول قطرة ماء عليها الى اغلاق
الدائرة الكهربائية الموصلة بجرس، فيدق الجرس فيستيقظ الطفل.



المرتبة الكهربائية لعلاج التبول اللاإرادى

٣ - الاشراف التجنبى :

وفى هذا الأسلوب يتم تعديل سلوك المريض من الاقدام الى الاحجام والتجنب .. ويستخدم الاشراف التجنبى فى علاج الكثير من الانحرافات السلوكية ومنها الامان:

ففى علاج امان الخمر تستخدم مثيرات منفرة مثل العقاقير المقيئة (كثير غير شرطى) حيث ترتبط بانتظام وتكرار مع تعاطى الخمر كثير شرطى وتستثير استجابة غير مرغوبة (التقيؤ) .. وعندما يكتسب الخمر (المثير الشرطى) خصائص التفسير وينتج عنه القيئ (الاستجابة الشرطية) يتجنب المريض شرب الخمر.

وقد أدخلت تعديلات على هذا الأسلوب باستخدام شريط مسجل عليه بتكرار عبارات مثل: "الخمر يجعله يتقيأ" ، ولى ذلك أصوات تقيؤ.

٤ - التعزيز الموجب (الثواب)

وفى هذا الاسلوب يتم إثابة الفرد على السلوك السوى المرغوب مما يعززه ويدعمه ويثبتته ويدفعه الى تكرار نفس السلوك اذا تكرر الموقف .. وتضم أشكال الثواب أى شئ مادي أو معنوى يؤدي الى رضا الفرد عندما يقوم بالسلوك المرغوب (كالطعام والحلوى والنفود والمدح والاحترام والدرجات ... الخ) .. وهذا الثواب يشجعه تعلم السلوك المرغوب.

وقد استخدم هذا الأسلوب بنجاح فى علاج حالات فقد الشهية العصبى وحالات السلوك المضاد للمجتمع.

٥ - الخبرة المنفرة (العقاب)

فى هذا الأسلوب يعرض المريض لعقاب (علاجى) كخبرة منفرة اذا قام بالسلوك غير المرغوب، وذلك لكفه ووقفه كلية ... ومن أشكال العقاب العلاجى ما يكون ماديا وجسميا (كالضرب الخفيف، أو صدمة كهربائية)

وقد استخدم هذا الأسلوب فى علاج اضطرابات الكلام خاصة اللجاجة بأن يتبع كل كلمة ملجاجة ضوضاء عالية أو صدمة كهربائية ، كما استخدمت نفس الطريقة فى علاج اللزمات الحركية كهز الكتفين أو حركات الوجه والعينين.

٦ - تدريب الاغفال (الانطفاء)

وفى تدريب الاغفال يحاول المعالج تقليل احتمال ظهور الاستجابة غير المرغوبة وذلك باغفالها وعدم تعريض المريض لأى نتائج على الإطلاق وهذا يشبه الانطفاء .. أى أن حدوث الاستجابة المرغوبة يؤدي الى غياب الثواب والتعزيز وحدث الانطفاء نتيجة لعدم استمرار التعزيز.

وقد استخدم ذلك فى علاج الاضطرابات السيكوسوماتية ومنها : التهاب الجلد العصبي، كما استخدم فى علاج نوبات الغضب ، وفى تسهيل التعلم.



ثالثاً : العلاج النفسى الممرکز حول العميل:

صاحب هذه الاستراتيجية العلاجية عالم النفس الشهير كارل روجرز Rogers وأطلق عليها منهج الارشاد غير المباشر Nondirective Counseling الذى تطور فيما بعد ليعرف باسم العلاج الممرکز حول العميل.

كارل روجرز

وينطلق روجرز من نظريته للانسان على أنه عقلائى، اجتماعى، يتحرك للأمام، واقعى، وأن البشر متعاونون، بناء ون ، يمكن الوثوق بهم وبامكانهم أن يعيشوا ويخبروا عن وعى العوامل التى تسهم فى عدم توافقهم.. وأن الميل الى التوافق هو ميل نحو تحقيق الذات. Self-actualization

ويعتبر مفهوم الذات هو المحور الأساسى الذى يدور حوله تشكيل ونمو الشخصية فهو يعتبر بمثابة الصورة التى يكونها الفرد عن نفسه ودرجة تقويمه وحكمه على هذه الصورة فيما يندرج تحت الحاجة للاعتبار

الذاتى (التقدير الذاتى) والحاجة للاعتبار الإيجابى من الآخرين .. ومن ثم :
 فإن الاضطراب النفسى ينشأ عندما يقف حائل بين الفرد وحاجته للاعتبار
 الإيجابى من جانب الآخرين مما يضطره الى انكار جانب من خبراته
 ومحاوله ابعادها وتشويه الواقع - بمعنى : عدم التطابق incongruency
 بين الذات والخبرة ، مما يجعل الفرد غير متوافق Maladjusted أو
 معرضا للقلق والتهديد ، ومن ثم يسلك سلوكا دفاعيا - Defensive أى أن
 القلق ينشأ عندما يستشعر الفرد الخبرة على أنها غير متسقة مع بنية الذات
 لديه (الشناوى : ١٩٩٤)

ومن ثم : فإن العلاج للمركز حول العميل يسعى الى عملية اعادة الانماج
 من خلال مساعدته على ادراك ذاته الحقيقية، وأن يعيش فى ظلها، ويتم ذلك من
 خلال اتاحة الفرصة للعميل كى يعيش المشاعر التى سبق له أن رفض الاعتراف
 بأنها جزء من حياته .. ويتم ذلك عن طريق تقبل المعالج للعميل تقبلا ايجابيا غير
 مشروط، حيث يتميز المعالج بالدفء ، ويتجنب اصدار الأحكام أو توجيه اللوم أو
 النقد، ويستمر فى احترام العميل مهما حدث منه من قول أو فعل، وهذا ما يحتاج
 اليه العميل بالضبط لكى يتغير من حياة تتضمن تحكم الآخرين فى سلوكه وتفكيره
 الى حياة يشعر فيها بحريته فى التعبير عن رغباته وأفكاره.

ويرى أصحاب نظرية العلاج للمركز حول العميل أنه اذا توفرت هذه
 الشروط فإن نتائج العلاج تجعل الفرد أكثر انفتاحا على خبرته ، وأكثر ملامسة لها
 ولذاته ، وينتهى به الموقف أن يصبح معياره للحكم على الخبرة هو معيار داخلى
 غير شروط بشروط من الخارج ... ويلخص روجرز ذلك فى جملة واحدة: "اذا
 استطعت أن أوفر للعميل (المريض) نوعا معينا من العلاقة، فإنه سيكتشف فى
 نفسه امكانية استخدام هذه العلاقة للنمو والتغير، ومن ثم فإن النمو الشخصى
 سيحدث" (باترسون، ١٩٩٠)

رابعاً : العلاج المعرفى:

يركز العلاج المعرفى على دور العمليات العقلية بالنسبة للدوافع والانفعالات والسلوك - حيث تتحدد الاستجابات الانفعالية والسلوكية الخاصة بشخص ما عن طريق كيفية ادراكه وتفسيره ، والمعنى الذى يعطيه لحدث ما. ويسلم العلاج المعرفى بأن كثيراً من الاستجابات الوجدانية والسلوكية والاضطرابات النفسية تعتمد الى حد بعيد على معتقدات فكرية خاطئة يبننها الفرد عن نفسه وعن العالم المحيط به - ومن ثم : فان اضطرابات الشخصية بأشكالها المختلفة عادة مايصحبها طرقاً غامضة متناقضة من التفكير عن الذات وعن البيئة .. ولهذا يجب أن تعتمد سياسة العلاج النفسى على تغيير مفاهيم المريض ، واعادة تشكيل مذكراته حتى يتيسر له التغيير فى سلوكه (عبد الستار ابراهيم : ١٩٨٣).

ولقد ظهرت فنيات علاجية متنوعة فى اطار العلاج المعرفى نذكر منها :



آرون بيك

العلاج المعرفى الذى أرساه آرون بيك: Beck

حيث يسلم بيك بأن المريض يستحدث رأياً عن نفسه وعن العالم وعن الماضى والحاضر والمستقبل تجعل عقله مغمرأ بمعارف ومقدمات خاطئة، والسزوع إلى الخبرات الخيالية المشوهة، زيرر الانحراف الحاد فى البناء المعرفى فى حالة الاضطرابات النفسية..

ويذهب بيك الى أن الأفكار التلقائية التى ينتج عنها التشويه المعرفى - تظهر فى:

- ١ - التمثل الشخصى وتفسير الأحداث من وجهة نظر شخصية (ذاتية).
- ٢ - التفكير المستقطب أى أن المرضى يفكرون بصورة منطرفة بين طرفين متباعدين.
- ٣ - الاستنتاج التعسفى (غير المنطقى).
- ٤ - المبالغة فى التعميم.

٥ - التضخم والتجسيم.

٦ - العجز المعرفى.

ومن ثم : فان أهم أهداف العلاج المعرفى من وجهة نظر بيك هى تصحيح نمط التفكير لدى المريض بالتعامل مع التفكير غير المنطقى ، والتعامل مع عملية تحريف الواقع والحقائق ، والتعامل مع المشكلات والمشاركة فى تخفيفها. معتمدا على عدة أسس أهمها : المشاركة العلاجية ، وتوطيد المصداقية مع المريض ، واختزال المشكلة التى يعانى منها المريض، ومعرفة كيفية التعلم فى حل المشكلة التى تواجه المريض - ومن ثم : فان فنيات العلاج المعرفى عند بيك تعتمد على اتجاه عقلانى، وآخر تجربى، وثالث سلوكى من خلال رصد عمليات التفكير غير السوية، وملء الفراغ المعرفى، وإيجاد تباعد بين الأفكار التلقائية السلبية لدى المريض، وحمل المريض على اختبار الواقع وتدقيق الاستنتاجات، وتغيير القواعد المعتمدة على (يجب - لابد) وصولا الى رؤية الواقع بصورة ايجابية.

أما فيكتور رايمى Raimy فانه يستند على فنيات فى العلاج المعرفى معتمدا على فرض للمفهوم الخاطئ - أى أن الاضطرابات النفسية هى نتيجة لمعتقدات أو اقتناعات خاطئة يتبناها المريض بشكل قاسى وغير موضوعى حول ذاته مما يدفع به الى سلوك غير متعلل يؤدي الى انهزام الذات .. والهدف من العلاج هو تغيير التصورات الخاطئة لدى المريض وتصحيحها أو تعديلها أو تغييرها مما يؤدي الى زوال جوانب سوء التوافق لديه .. ويستخدم المعالجون بطريقة رايمى فنيات أربع لعلاج مرضاهم تبدأ بمحاولة العثور على المفاهيم والتصورات الخاطئة التى تحكم السلوك غير المرغوب وتغييرها من خلال فحص وتمحيص الذات عن طريق تشجيع المريض على الحديث عن نفسه وعن مفاهيمه الشخصية، ثم محاولة تفسير وتوضيح المفاهيم الخاطئة التى يتبناها المريض، وتشجيع المريض على الاثبات والبرهنة الذاتية على زيف مفاهيمه حول ذاته وعلاقاته بالآخرين ، وأخيرا اعطائه الخبرة البديلة ازاء تصورات ومفاهيمه الخاطئة.

وعلى المريض : القيام بالمراجعة المعرفية لأفكاره وإدراك العلاقة بين المعرفة والانفعال، والاستبصار والاعتراف بالتصورات الخاطئة.



ألبرت إليس

وقد أرسى ألبرت إليس Ellis اتجاهها آخر فى العلاج المعرفى أطلق عليه العلاج العقلانى الانفعالى يستند على معادلة مبسطة أطلق عليها نظرية ABC اذ يفترض أنه حين تتبع عاقبة (نتيجة) مشحونه انفعاليا emotional consequence (c) حدثاً منشطاً دلالة Activating event - فان (A) قد يبدو أنه السبب فى العاقبة

النتيجة (C) ولكنه ليس كذلك فى الحقيقة انما والعواقب الانفعالية يخلقها الى حد كبير النظام العقائدى للفرد - (B) Belief system ومن ثم يدور الفرد فى حلقة مفرغة من الأحداث والمعتقدات المرتبطة بها ، ثم النتائج المشحونه انفعاليا.

ويذهب إليس الى وجود احدى عشرة فكرة غير عقلانية يعتبرها مسؤولة

عن العصاب هى:

- ١ - يجب أن يكون الانسان محبوبا دائما.
- ٢ - يجب أن يكون الشخص أكثر كفاءة وأنجازا.
- ٣ - وصف الناس بالشر والوضاعة.
- ٤ - من النكبات أن تفسير الأمور على غير ما يريده الانسان.
- ٥ - تنتج تعاسة الانسان من الظروف الخارجية.
- ٦ - الأشياء للخطر سببا للانشغال البالغ.
- ٧ - ضرورة تقاوى الصعوبات والمسؤوليات الشخصية.
- ٨ - ضرورة أن يستند الفرد الى آخرين لمساعدته.
- ٩ - أن الخبرات المتصلة بالماضى هى المحدد للملوك الحاضر.
- ١٠ - أن يحزن الفرد لما يصي الآخرين من مشكلات.
- ١١ - يجب أن يكون هناك حل صحيح وكامل لكل مشكلة.

ويرى إيس أن الأفراد المضطربين يعانون من التعاسة لأنهم لا يستطيعون تحقيق أمنياتهم بسبب ما يفرضونه على أنفسهم من حتميات ترتبط بعبارات مثل : (ينبغي - يجب ، من المفروض ... الخ).

وعلى هذا فإن العلاج العقلاني الانفعالي يسعى الى تقليل القلق أو قهر الذات، وتزويد المريض بالطرق التي تمكنه من التحليل المنطقي لأفكاره معتمدا على عدة فنيات منها:

- أساليب معرفية : تسعى الى تخلي المريض عن طلب الكمال، والفصل بين معتقداته اللاعقلانية وذاته ومشكلاته، اعادة تمحيص الأفكار، تقديم الشرح والمعلومات.
 - أساليب تدعيمية مساندة تقوم على : التحويل ، اشباع المطالب ، والتخلي عن المطالبة ، والسحر.
 - أساليب انفعالية اظهرية تقوم على التقبل ، لعب الدور، النمذجة، الوعظ العاطفي، الفكاهة والمرح، مهاجمة مشاعر الخزي والدونية، المواجهة الانفعالية.
 - أساليب سلوكية : فى صورة - واجبات منزلية ، الاشراف الاجرائي، الاسترخاء، الخيال العاطفي العقلاني .
- وأخيرا: عرض دونالد ميثنزبوم Meichenbaum اتجاهها علاجيا معرفيا سلوكيا يقوم على عدة فنيات أهمها:
- فنيات للتقدير السلوكي المعرفي : من خلال المقابلة الاكلينيكية والاختبارات السلوكية.
 - وفنيات ائخال العوامل المعرفية فى تعديل السلوك من خلال : اشراف تخفيف القلق، والتخلص المنظم من الحساسية، والنمذجة، والاشراط المضاد.
 - ثم أساليب التحصين ضد الضغوط : بالتعريف بردود الفعل المصاحبة للمواقف المضاعطة ، والتزود بأساليب المواجهة ، ومزاولة التدريب*

* لمزيد من التفصيل يراجع كتاب: العلاج للمعرفي بين النظرية والتطبيق (للمؤلف).

المراجع

المراجع

- ١ - أحمد عبدالخالق : استخبارات الشخصية مقدمة نظرية ومعايير مصرية، القاهرة : دار المعارف ، ١٩٨٠.
- ٢ - أحمد عكاشة : الطب للنفس المعاصر ، القاهرة : الأنجلو المصرية، ١٩٨٠.
- ٣ - ارنست هوفمان : عصر علم النفس ، ترجمة محمد ابراهيم زايد، القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب ، ١٩٧٢.
- ٤ - الجمعية المصرية للدراسات النفسية، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية : الميثاق الأخلاقي للمشتغلين بعلم النفس فى مصر، القاهرة، ١٩٩٥.
- ٥ - الجمعية المصرية للطب النفسى : دليل تشخيص الأمراض النفسية، القاهرة : دار عطوة للطباعة ، ١٩٧٩
- ٦ - المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية : الاستجابات الساعية لاختبار تفهم الموضوع (بحث ميداني) ، القاهرة : المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية ، ١٩٧٤.
- ٧ - أندرو و . براون : مناهج البحث ووسائله فى علم النفس الاكلينيكي، ترجمة صبرى جرجس ، (فى) مناهج البحث فى علم النفس، اشراف : يوسف مراد، القاهرة : دار المعارف ، ط٢، ١٩٦٨.
- ٨ - أوتو فينخل : نظرية التحليل النفسى فى العصاب ، ترجمة صلاح مخيمر، عبده رزق (٣ أجزاء) القاهرة : الأنجلو المصرية ، ١٩٦٩
- ٩ - برونو كلويفر ، هيلين دافيد سون : تكنيك الروشباخ، ترجمة سعد جلال (وآخرون)، القاهرة : المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، ١٩٦٥.
- ١٠ - جوليان روتر : علم النفس الاكلينيكي ، ترجمة عطيه محمود هنا، مراجعة: محمد عثمان نجلى ، القاهرة : دار الشروق ، ١٩٨٤

١١ - حسن مصطفى عبد المعطى : العوامل النفسية المرتبطة ببعض الاضطرابات
السيكوسوماتية لدى المراهقين، رسالة دكتوراه (غير منشورة) ، كلية
التربية ، جامعة الزقازيق ، ١٩٨٤.

١٢ - _____ : دراسة كلينيكية متعمقة لشخصية المرضى
السيكوسوماتيين، المؤتمر الخامس لعلم النفس فى مصر، الجمعية
المصرية للدراسات النفسية، ١٩٨٩

١٣ - _____ : البناء النفسى لشخصية أبناء المرضى النفسيين دراسة
كلينيكية ، مجلة كلية التربية جامعة أسيوط ، العدد ١٠ ، المجلد
الثانى، يونية ١٩٩٤.

١٤ - _____ : دراسة كلينيكية لشخصية مريض الصرع باستخدام
منهج دراسة الحالة ، التربية المعاصرة، العدد ٢٣، سبتمبر ١٩٩٤.

١٥ - _____ : الأثر النفسى لأحداث الحياة كما يدركها المرضى
السيكوسوماتيين، مجلة علم النفس، العدد ٩ ، القاهرة ، الهيئة
المصرية العامة للكتاب، ١٩٨٩

١٦ - _____ ، ضغوط أحداث الحياة وعلاقتها بالصحة النفسية وبعض
متغيرات الشخصية، مجلة كلية التربية ، جامعة الزقازيق، العدد ١٩،
١٩٩٢.

١٧ - حسن مصطفى عبد المعطى، راوية دسوقي : أساليب المعاملة الوالدية
وعلاقتها ببعض متغيرات الشخصية لدى متعاطى الأفيون - دراسة
سيكومترية كلينيكية، مجلة كلية التربية، جامعة طنطا، العدد ١٨
يونية ١٩٩٣.

١٨ - حامد عبد السلام زهران : الصحة النفسية والعلاج للنفسى، القاهرة، عالم
الكتب ، ١٩٧٤.

١٩ - _____ : التوجيه والارشاد النفسى، ط٢، القاهرة: عالم الكتب، ١٩٨٠.

٢٠ - روبرت أ. وطسن : علم النفس الاكلينيكي، ترجمة صبرى جرجس، (فى) ميادين علم النفس النظرية والتطبيقية ، اشراف يوسف مراد، المجلد الثانى، للقاهرة: دار المعارف، ط٣، ١٩٦٩.

٢١ - ريتشارد. م . سوين : علم الأمراض النفسية والعقلية، ترجمة : أحمد عبد العزيز سلامة، القاهرة : دار النهضة العربية، ١٩٧٩

٢٢ - روكلان موريس : تاريخ علم النفس، ترجمة : على زيعور، ومقاد، بيروت: دار عويدات، ١٩٧٧

٢٣ - سامية القطان : كيف تقوم بالدراسة الكلينيكية، (الجزأين الأول والثانى)، تقديم ومراجعة صلاح مخيمر، القاهرة : الأنجلو المصرية، ١٩٧٩، ١٩٨٣.

٢٤ - سعد جلال : فى الصحة العقلية : الأمراض النفسية والعقلية والاضطرابات السلوكية، القاهرة : دار الفكر العربى ، ١٩٧٠.

٢٥ - س. ه. باترسون : نظريات الارشاد والعلاج النفسى، ترجمة : حامد الفتى، القسم الثانى، الكويت : دار القلم، ١٩٩٠.

٢٦ - سيد غنيم ، هدى برادة : الاختبارات الاسقاطية ، القاهرة: در النهضة العربية، ١٩٧٥.

٢٧ - شيلدون كاشدان : علم نفس الشواذ، ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة، القاهرة : دار الشروق، ١٩٨٤.

٢٨ - صفوت فرج : القياس النفسى، القاهرة : دار الفكر العربى، ١٩٨٠.

٢٩ - صلاح مخيمر : المدخل الى الصحة النفسية، ط٣، القاهرة: الانجلو المصرية، ١٩٧٩

- ٣٠ - _____: المفاهيم المفتاح في علم النفس، القاهرة: الانجلو المصرية، ١٩٨١.
- ٣١ - عبد الرحمن عيسوى : علم النفس فى الحياة المعاصرة، القاهرة : دار المعارف، ١٩٨٠.
- ٣٢ - _____: الإرشاد النفسى، الاسكندرية: دار الفكر الجامعى، ١٩٩٠.
- ٣٣ - عبد الستار ابراهيم : العلاج النفسى الحديث قوة للانسان، القاهرة: مكتبة مدبولى ، ١٩٨٣.
- ٣٤ - _____، علم النفس الاكلينيكي مناهج التشخيص والعلاج النفسى، الرياض: دار المريخ للنشر، ١٩٨٨.
- ٣٥ - عطوف محمود ياسين : علم النفس العيادى (الاكلينيكي)، بيروت: دار العلم للملايين، ١٩٨١.
- ٣٦ - علاء الدين كفاى : الصحة النفسية، القاهرة : هجر للطباعة والنشر والتوزيع والاعلان، ط٣، ١٩٩٠.
- ٣٧ - فؤاد أبو حطب، سيد عثمان : التقويم النفسى، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية، ١٩٧٦.
- ٣٨ - فيصل عباس : إشكالات المعالجة النفسية ، بيروت : دار الميسرة، ١٩٨٣.
- ٣٩ - لويس كامل مليكة : علم النفس الاكلينيكي (التشخيص والتنبؤ فى الطريقة الاكلينيكية) ، ج١، القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب، ١٩٨٠.
- ٤٠ - محمد أحمد غالى، رجا أبو علام : القلق وأمراض الجسم، دمشق: مطبعة الحلونى، ١٩٧٤.
- ٤١ - محمد عثمان نجاتى، أنور حمدى : اختبار تفهم الموضوع، (نسخة خاصة للبلاد العربية) . القاهرة : دار النهضة العربية، ١٩٦٧.

- ٤٢ - محمد عودة ، كمال ابراهيم مرسى: الصحة النفسية فى ضوء علم النفس والاسلام، الكويت: دار القلم، ط٢ ، ١٩٨٦
- ٤٣ - محمد محروس الشناوى : نظريات الارشاد والعلاج النفسى، القاهرة : دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، ١٩٩٤.
- ٤٤ - _____: العملية الارشادية والعلاجية ، القاهرة : دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، ١٩٩٦.
- ٤٥ - محمد محروس الشناوى، محمد عيد المحسن التيجرى : الارشاد وتحديات العصر، المؤتمر الدولى الثالث لمركز الارشاد النفسى، جامعة عين شمس، ٢٣-٢٥ ديسمبر ١٩٩٦.
- ٤٦ - محمود الزيدى : علم النفس الاكلينيكى (التشخيص)، القاهرة: الأنجلو المصرية، ١٩٦٩.
- ٤٧ - مصطفى الشرقاوى : فى علم الصحة النفسية، القاهرة: دار مصرى للنشر والتوزيع، ١٩٨٨.
- ٤٨ - مصطفى زيور: تصدير علم النفس الاكلينيكى (محمود الزيدى) القاهرة، الانجلو المصرية، ١٩٦٩.
- ٤٩ - مصطفى سويف : علم النفس الاكلينيكى : تعريف وتاريخه (فى) مصطفى سويف (محرر) مرجع فى علم النفس الاكلينيكى، القاهرة: دار المعارف، ١٩٨٥.
- ٥٠ - مصطفى فهمى : علم النفس الاكلينيكى، القاهرة : مكتبة مصر، ١٩٦٧.
- ٥١ - منظمة الصحة العالمية : الاضطرابات العقلية : شرح المصطلحات ودليل تصنيفها وفقا للمراجعة التاسعة للتصنيف الدولى للأمراض، الاسكندرية: المكتب الاقليمى لشرق البحر المتوسط، ١٩٨٢.

٥٢ - ميخائيل إبراهيم أسعد : علم الاضطرابات السلوكية ، بيروت : الأهلية للنشر والتوزيع ، ١٩٧٧.

٥٣ - هانز أيزنك : التصنيف ومشكلة التشخيص فى ميدان سيكولوجية الشواذ، ترجمة عبد الحليم محمود، (فى) مصطفى سويف (محرر) : مرجع فى علم النفس الاكلينيكي، القاهرة: دار المعارف، ١٩٨٥.

٥٤ - هيئة الصحة العالمية : دور الأخصائى النفسى الاكلينيكي فى مؤسسات الصحة النفسية، ترجمة زين العابدين درويش، (فى) مصطفى سويف(محرر) : مرجع فى علم النفس الاكلينيكي، القاهرة: دار المعارف، ١٩٨٥.

٥٥ - والتر ج . كوفيل ، تيموثى، د. كومستيلو، فايان ل . روك : الأمراض النفسية، ترجمة محمود الزيدى، د . ت.

56 Carson , R.C., Butcher,J.N. & Coleman, J.C.; **Abnormal Psychology and modern Life**. Boston: Scett, Foresman & Co. 1988.

57 Costin, F. & Dragans,J.; **Abnormal Psychology: Patterns, Issues, Intervention** . New York: John Wiley & Sons, 1990.

58 Corey, G. : **Theory and Practice of counseling and Psychotherapy**, California, Bookers Publishing Co., 1986.

59 Davison, G.C. Neal, J.M.; **Abnormal Psychology; An experimental Clinical approach**; New York, John wiley & sons Inc, 1982.

60 Eysenck, H.J., Classification and the Problem of diagnosis. (in) H.J. eysenck (E.d) **Handbook of Abnormal Psychology**. London: Pitman, 1960.

- 61 Exner, J.E.; **The Rorschach; A Comprehensive System**, New York: John Wiley & sons, 1974.
- 62 Hass, K. **Abnormal Psychology**, New York; D. Van Nostrand Co. 1979.
- 63 Hiele, L. & Ziegler, D.; **Personality Theories: Basic Assumption, Research and application**, New York; Mc Graw Hill Book Co., 1976.
- 64 Houck, J.E & Hansen, J.C.; Diagnostic Interviewing. (In) R. H. Wood & J.D. Woody (Eds.) **Clinical assessment in Counseling and psychotherapy**. New York: Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1972.
- 65 Kaphan, R. & Saccuzzo, D.; **Psychological Testing**, California: Brooks, Cole Publishing Co. 1982.
- 66 Kawai, I. & aoki, K.; Primary generalized epilepsy and Temporal lobe epilepsy : A Psychological Study using Rorschach test. **Folia Psychiatry Neural JPN**, 1983, 37 (3), 245251.
- 67 Kendall, P.C. & Norteen Ford, J.D.; **Clinical Psychology: Scientific and Professional dimensions**, New York: John Wiley, 1983.
- 68 Kevin, C. & Fisher, J.; **Masures for Clinical Practice**, New York : The Free Press, INC, 1988.
- 79 Kisker, G.; **The Disorganized Per Sonality**, London : McGraw Hill International Book Co. 1977.
- 70 Krahe, B.; **Personality and Social Psychology**, Newbury Park, C.A: sage, 1992.

- 71 Lerner, H. & Peter, S., The Rorschach response and object relation. **J. of Personality Assessment**, 1984, 48,(4), 345-350.
- 72 Mackay, D., **Clinical Psychology : Theory and Therapy**, London: Methuen, 1975.
- 73 Mehr,J.; **Abnormal Psychology** ,New York: Holt, Rinehart & Winston, 1983.
- 74 Nakamura, H.; **Rorschach test on organic brain disease**. Kyushu Neuro Psychiatry, 1982,28(1), 3143.
- 75 Shan, Mugam, T.E.; **Abnormal Psychology**, New Delhi : Tata McGrow Hill Publishing Co. LTD, 1981.
- 76 Schultz, D.; **Theories of Personality**, 4 th ed. California Bookers Cole Publishing Co., 1990.

هذا الكتاب

هو الكتاب الأول ضمن موسوعة
سيكولوجية فى علم النفس العيادى، يتناول
تطور الممارسة الاكلينيكية على مر
العصور، والتعريف بعلم النفس الاكلينيكى
ومدى الحاجة اليه، والأخصائى النفسى
الاكلينيكى وأدواره ومجال عمله، وعملية
التشخيص الاكلينيكى وأشكالها، ومنهج
دراسة الحالة، وفنيات الدراسة الاكلينيكية:
تاريخ الحالة، المقابلة، الاختبارات والمقاييس
النفسية، والاختبارات الاسقاطية.. كما
يتناول الكتاب موجزاً لأعراض
الأمراض النفسية، والاتجاهات المعاصرة
فى العلاج النفسى.

عبد غريب